

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMAN	COOL	VICTOR DOMINICK	30	11	2019	5 años, 8 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353277658	MANABI	CHONE	RICAUARTE	LA ESTRELLA y	099-551-9191 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353277658	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	08	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 5 AÑOS 8 MESES DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE QUIEN REFIERE QUE A LOS DOS AÑOS SE CAYO DE LA CAMA DE LOS ABUELOS Y DESDE AHI TIENE SIEMPRE CEFALIAS INTENSAS DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. NIEGA SINTOMAS ACOMPAÑANTES. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, COLABORATIVO, ORIENTADO. EXAMEN FISICO, CABEZA NORMOCEFALICA SE PALPA HUNDIMIENTO EN ZONA FHUESO FRONTAL, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, EXTREMIDADES SIMETRICAS. SE REALIZA REFERENCIA APEDIATRIA SE INDICA A PACIENTE REGRESAR A PREGUNTAR POR SU CITA A FINALES DE MES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CEFALEAS INTENSAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	S009	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-15	08:20	Medicina Rural	MARIA PATRICIA BURGOS FARIAS	1312139205	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-15	08:20	Medicina Rural	MARIA PATRICIA BURGOS FARIAS	1312139205	

