

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARVAJAL	BARRE	AYLIN MONSERRAT	03	12	2019	4 años, 7 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=M 2=F

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353279787	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	098-559-2608 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA/ DERIVACIÓN

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área		
MSP	1353279787	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	07 29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutoria	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PREESCOLAR DE 4 AÑOS 8 MESES CON ANTECEDENTES DE ATRESIA TRICUSPIDEA, 2 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS (A LOS 12 DIAS DE NACIMIENTO Y A LOS 9 MESES DE EDAD) POST OPERATORIA DE CIRUGIA FONTAN EXTRACARDIACO NO FENESTRADO, POST-OPERATORIA TARDIA DE CIRUGIA DE GLENN POR ATRESIA TRICUSPIDEA, INSUFICIENCIA MITRAL, ANASTOMOSIS CAVO PULMONAR SUPERIOR E INFERIOR NORMOFUNCIONANTE, DISFUNCION DIASTOLICA LEVE DEL VENTRICULO UNICO, FUNCION SISTOLICA DEL VENTRICULO UNICO CONSERVADO. EN CONTROLES EN GUAYAQUIL Y TRATAMIENTO CON ACIDO ACETIL SALICILICO 81 MG CADA DIA Y ENALAPRIL 2.5 MG CADA DIA, ES TRAIDA POR SU MADRE A SOLICITAR SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA. CLINICAMENTE ESTABLE, NO REFIERE SINTOMATOLOGIAS. (0968343313 - 0969734695)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRAJE EPICRISIS (F006)

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10

PRE

DEF

ENFERMEDAD DE LA VALVULA TRICUSPIDE, NO ESPECIFICADA

I079

X

FECHA

HORA

ESPECIALIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL

CÓDIGO

FIRMA

2024-07-25

10:20

Medicina Rural

MARIO HUGO CARVAJAL SANTANA

1313408674

III. CONTRAREFERENCIA REFERENCIA INVERSA

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema

His. Clínica No.

Establecimiento de salud

Tipo

Servicio

Especialidad

Contrareferencia o Referencia Inversa a:

Fecha

Entidad del Sistema

Establecimiento de salud

Tipo

Distrito/Area

día

mes

año

2. Resumen del cuadro clínico

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