

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MOREIRA	AIDED GUADALUPE	19	12	2019	6 años, 2 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353290008	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CHONTA 1 y	0968402854 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353290008	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	03	09
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

PEDIATRICA DE 6 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR (CIV) REALIZADA HACE 2 AÑOS QUIEN ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR EPISODIOS DE DISNEA PAROXISTICA Y CANSANCIO CON PREDOMINIO CONSECUTIVO EN CUALQUIER ACTIVIDAD PARA SU EDAD, LA MADRE REFIERE QUE LA MENOR SE MANTIENE MENOS ACTIVA, CON POCA TOLERANCIA ADECUADA AL EJERCICIO PARA SU EDAD, AL MOMENTO DE LA VALORACION SE LOGRA OBSERVAR UNA CURVA DE CRECIMIENTO LÍMITROFE. AL MOMENTO NO REPORTA EPISODIOS DE CIANOSIS, SÍNCOPE RECIENTE. ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN REVISIÓN PARA PACIENTES DE ALTO RIESGO. NOTA: [SE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA PARA SEGUIMIENTO OPORTUNO Y TRATAMIENTO ACORDE A LAS NECESIDADES Y PRONOSTICO QUE REFIERA ESPECIALIDAD, ULTIMA CONSULTA MANTUVO REFERENCIA CON ESPECIALIDAD, PERO MADRE REFIERE QUE PERDIO EL TURNO POR DIFICIL ACCESO DE SU DOMICILIO POR LO QUE SE GENERA NUEVAMENTE REFERENCIA].

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REQUIERE VALORACION POR PEDIATRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ALTERACIONES FUNCIONALES CONSECUTIVAS A CIRUGIA CARDIACA	1971	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-09	08:20	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

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 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
2026-03-09	08:20	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

