

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	VERA	CAMILA LUCIA	10	02	2020	5 años, 5 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353324583	MANABI	CHONE	CANUTO	TARUGO	099-828-5605 /
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	1353324583	CANUTO	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	☒	Saturación capacidad	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE. APP: NO REFIERE. ALERGIAS: POLVO, OLORES FUERTES, FRIO. APQ: NO REFIERE. APF: ABUELO PATERNO CON DIABETES MELLITUS, ABUELA MATERNA CON HIPERTENSION ARTERIAL. PACIENTE HACE FUE INTERNADA HACE 9 DIAS POR PROCESO DE BRONQUITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DR " ANIBAL GONZALES ALAVA" DIFICULTAD RESPIRATORIA, VOMITOS, TOS Y FIEBRE. PACIENTE CON TRATAMIENTO Y NEBULIZACIONES. PACIENTE ACTIVA, ELECTIVA, AFEBRIL A LA CONSULTA, PESO Y TALLA NORMAL PARA LA EDAD. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA		J209	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-15	14:17	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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	14:17	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	