

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres   | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| BRAVO            | QUINAPALLO       | LIA MAITE | 27                  | 03  | 2020 | 5 años, 3 meses, 17 días | Mujer   |
|                  |                  |           | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1353353350        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | BEJUCAL y CANUTO             | 099-948-5408 /      |
| 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                 | 1353353350      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Pediatría    |  | 2025  | 07  | 14  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

NIÑA DE 5 AÑOS 3 MESES DE EDAD ACUDE A COSNULTA POR CONTROL DE EXAMEN DE LABORATORIO QUE DETALLA ALTERACIÓN DE FORMULA MADRE INDICA QUE REALIZA UROCULTIVO Y ES VALORADA POR MEDICO PARTICULAR QUE INDICA TRATAMIENTO EN BASE AL RESULTADO DEL EXAMEN, MADRE SOLICITA REFERENCIA PARA TRATAMIENTO CON ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA. EXAMEN DE ORINA COLOR AMARILLO ASPECTO TURBIO, DENSIDAD 1025, EXAMEN QUIMICO NITRITOS POPSTIVOS, LEUCOCITOS POSITIVOS, SEDIMENTO BACTERIAS +++, GLOBULOS BLANCOS 40-60, EL UROCULTIVO SENSIBILIDAD A GENTAMICINA, SULFATRIMETOPRIM, CEFTRIAXONE, NIÑA ACTIVA Y ELECTIVA PARA SU EDAD, PESO Y TALLA CORDE A SU EDAD, NO REFIERE ALERGIA MEDICAMENTOSA O ALIMENTARIA, REFIERE DISURIA Y PRURITO, A FEBRIL A LA CONSULTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

UROANALISIS: EXAMEN DE ORINA COLOR AMARILLO ASPECTO TURBIO, DENSIDAD 1025, EXAMEN QUIMICO NITRITOS POPSTIVOS, LEUCOCITOS POSITIVOS, SEDIMENTO BACTERIAS +++, GLOBULOS BLANCOS 40-60, EL UROCULTIVO SENSIBILIDAD A GENTAMICINA, SULFATRIMETOPRIM, CEFTRIAXONE,

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | N390   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-14 | 10:37 | Medicina General | MARICELA LORENA GARCIA PERERO | 1307473551 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-14 | 10:37 | Medicina General | MARICELA LORENA GARCIA PERERO | 1307473551 |       |

