

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	QUINAPALLO	LIA MAITE	27	03	2020	6 años, 4 meses, 2 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	097-896-9059 /
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	2026	07	29
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 FEMENINA DE 6 AÑOS DE EDAD ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE / REPRESENTANTE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR ALZA TÉRMICA CUANTIFICADA (FIEBRE), ACOMPAÑADA DE DOLOR EN REGIÓN PÉLVICA / HIPOGASTRIO Y ORINA CON OLOR PÉTREO / FUERTE. LA MADRE REFIERE ANTECEDENTE PATOLÓGICO PEDIÁTRICO DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS (ITU) A REPETICIÓN DESDE LOS 3 AÑOS DE EDAD (4 EPISODIOS EN EL PRESENTE AÑO). REFIERE QUE EN EL ÚLTIMO EPISODIO REQUIRIÓ TRATAMIENTO INTRAVENOSO CON CEFTRIAXONA PRESENTANDO MEJORÍA TEMPORAL, SIN EMBARGO RECORRE NUEVAMENTE CON LA SINTOMATOLOGÍA. REPORTA HABER REALIZADO UROCULTIVOS PREVIOS QUE MUESTRAN PATRÓN DE MULTIRRESISTENCIA BACTERIANA. NIEGA VÓMITOS REPETITIVOS AL MOMENTO, NIEGA HEMATURIA MACROSCÓPICA, NIEGA RASH O CRISIS CONVULSIVAS. SE DECIDE EMITIR ORDEN DE ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS Y REALIZAR REFERENCIA PRIORITARIA AL SERVICIO DE PEDIATRÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL Y DESCARTE DE NEFROPATÍA POR REFLUJO / ANOMALÍA ESTRUCTURAL. TAMIZAJE DE VIOLENCIA / RIESGO SOCIAL: NEGATIVO EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-29	13:18	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	 Validar únicamente en FirmaRC... Firmado electrónicamente por: JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA

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
2026-07-29	13:18	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

