

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	BRAVO	JAELE KAYLETH	13	03	2020	4 años, 10 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353401829	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO BUENA VISTA y SN	000-000-0000 /
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	1353401829	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	01	28
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	☐	CONSTIPACION	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 4 AÑOS ACUDE A CONSULTA CON SUS PADRES REFIEREN QUE SU HIJA HACE 2 AÑOS TUVO CONSTIPACION Y PROVOCO LA SALIDA DE SANGRE Y DOLOR EXCESIVO AL MOMENTO DE REALIZR SUS DEPOSICIONES, LO CUAL GENERO UN TRAUMA EN ELLA Y DESDE AHI NO PUEDE REALIZR SUS DEPOSICIONES CON NORMALIDAD. PADRES COMENTAN QUE HA PASADO POR VARIOS MEDICOS Y VARIOS MEDICAMENTOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLCITA VALORACION POR ESPECIALIAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSTIPACION	K590	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	09:48	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

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
2025-01-28	09:48	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	