

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIJIJE	NAVARRETE	IAN JOEL	08	09	2020	5 años, 10 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353463977	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO y VIA COPETON	095-922-6467 / (99)-999-9999
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	1353463977	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		2026	07	20
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

☐

HISTORIA DE OSTEOMIA
RETIRADA HACE UN AÑO, COSTIPACION A REPETICION

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE PEDIATRICO DE 5 AÑOS ES TRAI DO POR SU MADRE POR ANTECEDENTES DE OBSTRUCCION INTESTINAL CON USO DE ILEOSTOMIA POR 1 AÑO 2 MESES, TALLA BAJA PARA LA EDAD, PESO NORMAL. MENCIONA CUADRO CLINICO DE VARIOS DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL, MENCIONA OBSERVACION HOSPITALARIA POR CUADRO DE CONSTIPACION POR DOS DIAS, MADRE MENCIONA REALIZACION DE DEPOSICIONES EL DIA DE AYER CON NORMALIDAD, NIEGA DIARREAS, AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ACTIVO REACTIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSTIPACION	K590		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-20	08:24	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-07-20	08:24	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

