

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	DEMERA	MELANY ESTEFANIA	02	07	2021	3 años, 6 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	1353664509	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SAN JACINTO y	096-818-7534 /
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	1353664509	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	01	17
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 SIN APP DE RELEVANCIA QUIEN ACUDE EN COMPAÑÍA DE MADRE QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 5 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR VÓMITOS DE APARICIÓN BRUSCA QUE CEDE ESPONTÁNEAMENTE Y REAPARECE, EL CUAL SE ACOMPAÑA DE DOLOR ABDOMINAL. MADRE REFIERE ACUDIR A OTRA CASA DE SALUD DONDE REALIZAN EXÁMENES PARACLÍNICOS SIN ALTERACIÓN, SE REALIZA ECOGRAFIA ABDOMINAL Y SE INDICA IBUPROFENO EN CASOS DE DOLOR. MADRE REFIERE ACUDIR HACE 1 SEMANA POR MISMO CUADRO DE DOLOR DONDE ADMINISTTRAN ANALGÉSICO E HIDRATACIÓN (NO RECUERDA NOMBRE), AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACION EN HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO, NO SE EVIDENCIA VISCEROMEGALIA, ULTRASONIDO: INFLAMACIÓN DE VESICULA BILIAR, SIN PRESENCIA DE LITIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	R104	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-17	22:08	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

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
2025-01-17	22:08	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

