

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	REYES	KANER KALETH	16	10	2021	4 años, 6 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	1353739921	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA EDDY MARIA y SN	093-933-7687 /
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	1353739921	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	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



3. Resumen del cuadro clínico

PREESCOLAR MASCULINO DE 4 AÑOS 6 MESES - PRESENTA BUEN ESTADO GENERAL, ACTIVO, ALERTA Y COOPERADOR. PESO Y TALLA DENTRO DE PERCENTILES ACORDE A LA EDAD. ALIMENTACIÓN VARIADA Y BALANCEADA, BUENA ACCEPTACIÓN DE FRUTAS, CEREALES, PROTEINAS, HÁBITOS DE SUEÑO ADECUADOS. EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS: PIEL ROSADA, CABEZA Y CUELLO NORMALES, PALADAR OJIVAL - CARDIORESPIRATORIO NORMAL, ABDOMEN BLANDO Y SIN ORGANOMEGALIAS - ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETA - HITOS DE DESARROLLO DUDOSOS - ESTA EN TERAPIA DE LENGUAJE - A ESPERA DE VALORACION DE NEUROCIENCIAS - SE REFIERE PARA PEDIATRIA ..

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALFORMACIONES CONGENITAS DEL PALADAR, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	Q 385	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-28	13:40	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES
Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-04-28	13:40	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	