

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	ROMERO	GERSON JAIR	20	12	2021	3 años, 1 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353784596	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CAMARETA y	096-270-1103 /
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	1353784596	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	02	13
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 PEDIATRICO DE 3 AÑOS, APP: NO REFIERE, AQX: HERNIA UMBILICAL HACE 1 AÑO, APF: NO REFIERE. ALERGIA: NO REFIERE. ACUDE AL CONTROL JUNTO A SU MADRE LA CUAL REFIERE QUE SU HIJO EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE DE INTEVENCION QUIRURGICA POR HERNIA A PESAR DE ESO MADRE MENCIONA QUE OBSERVA UN ABULTAMIENTO EL MISMO SITIO DE LA HERNIA UMBILICAL POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION POR PARTE DE PEDIATRIA. TONO MUSCULAR ADECUADO, COLORACIÓN ROSADA, A FEBRIL, REFLEJO PARA LA EDAD, HITOS DEL DESARROLLO ACORDE A LA EDAD, TEST DENVER NORMAL, REALIZA MICCIÓN Y DEFECACIÓN CON NORMALIDAD, ALIMENTACIÓN CARTA ABIERTA. AL MOMENTO ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, ACTIVO, REACTIVO. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K429		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-13	13:37	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-02-13	13:37	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

