

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALFONZO	HERRERA	FRANCISCO EMILIANO	19	02	2022	4 años, 1 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353822966	MANABI	CHONE	SANTA RITA	STA FE 2000 y	099-728-6492 / (99)-999-9999
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	1353822966	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	09
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

TACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS 1 MES DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE SOPLOCO CARDIACO Y DEFECTO DE TABIQUE AURICULAR AL NACIMIENTO, MADRE REFIERE QUE HA NOTADO QUE CUANDO EL PACIENTE SE AGITA O REALIZA ACTIVIDAD FISICA PRESENTA SUDOR FRIO Y PALPITACIONES. AL EXAMEN FISICO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA APARENTE. SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA POR SEGUIMIENTO DE ANTECEDENTES CARDIACO Y VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/a

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFECTO DEL TABIQUE AURICULAR	Q211	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-09	11:21	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-04-09	11:21	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	