

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	VALENCIA	CRISTHIAN ELIAS	20	04	2022	4 años, 1 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353862707	MANABI	CHONE	SANTA RITA	UNIDOS VENCEREMOS y	099-182-3615 /
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	1353862707	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	06	08
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 DE AÑOS 1M DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. ANTECEDENTES DE CARDIOPATIA CONGÉNITA OPERADA. CON DX DE TETRALOGIA DE FALLOT DERIVADO A LA CLÍNICA KENNEDY OPERADO A LOS 15 DÍAS DE VIDA CIERRE DE CIV Y PARCHE TRANSANULAR DOBLE LIGADURA DE DUCTUS ARTERIOSO. HACE UN AÑO OPERADO DE LABIO LEPORINO. AL MOMENTO SIN NINGUNA NOVEDAD. AL MOMENTO MADRE REFIERE PACIENTE SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICO, NO FIEBRE, VÓMITOS O ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA, TEST DE DENVER: DUDOSO, ESQUEMA DE VACUNACIÓN: COMPLETO, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: BAJO PESO Y BAJA TALLA, YA HA SIDO VALORADO POR PEDIATRA ANTES POR LA MISMA RAZÓN. A LA AUSCULTACIÓN: PRESENCIA DE SOPLO, SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON BAJO PESO Y BAJA TALLA DESDE NACIMIENTO SIN MEJORIA, MADRE REFIERE PEDIATRA ENVIÓ A AGENDAR CITA SUBSECUENTE SIN EMABRGO LA ENVIARON A CENTRO DE SALUD PARA SOLICITAR REFERENCIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SOPLO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	R011		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-08	09:33	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-06-08	09:33	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

