

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SALTOS	THIAGO ISMAEL	30	05	2022	3 años, 5 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353890187	MANABI	CHONE	RICAU RTE	SN y SN	099-250-4450 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353890187	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	11	25
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 PREESCOLAR FEMENINA, TRAÍDA POR SU MADRE, QUIEN REFIERE CUADRO CRÓNICO DE CONSTIPACIÓN DE APROXIMADAMENTE 18 MESES DE EVOLUCIÓN (INICIADO ALREDEDOR DE 1 AÑO Y 6 MESES DE EDAD), ASOCIADO A PERCEPCIÓN MATERNA DE DISMINUCIÓN DE PESO, ANOREXIA Y DISPEPSIA ESPECÍFICA PARA ALIMENTOS SÓLIDOS; SIN EMBARGO, A LA EVALUACIÓN ACTUAL SE CONFIRMAN PESO Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD SEGÚN CURVAS DE CRECIMIENTO ESTANDARIZADAS. DADO EL CUADRO FUNCIONAL GASTROINTESTINAL PERSISTENTE Y LOS SÍNTOMAS ALIMENTARIOS ASOCIADOS, SE SUGIERE VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD PEDIÁTRICA PARA DEFINIR MANEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EF: DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL DE ABDOMEN

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO, NO ESPECIFICADA		K929	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-25	11:59	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2025-11-25	11:59	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	