

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	CEDEÑO	JULIET GUADALUPE	03	07	2022	3 años, 8 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353913468	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CANUTO y LOS ALMENDROS	097-887-5681 /
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	1353913468	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	02
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 ES TRAIDA POR SU MAMA, QUIEN COOMENTA QUE DESDE LOS 5 MESES DE EDAD HA TOMADO TRATAMIENTO DIURETICO A LA ESPERA D EINTERVNCION QUIRURGICA POR COMUNICACION INTERVENTRICULAR, VRIAS VECES HAN SIDO SUSOENDIDO LO PROCEDIMIENTOS SIN LLEGAR A REALIZARSE CIRUGIA, LA CUAL NECESITA PARA MEJORA SU CALIDAD DE VIDA, TOMA FUROS EMIDA Y ESPIRONOLACTONA AMBAS DE 6MG CADA 12 HORAS, TIENE DISNEA DE GRANDES ESFUERZOS, ACOMPAÑADA DE CIANOCIS CENTRAL, DOLOR TORACICO, TIENE POCA GANANCIA DE PESO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOCARDIOGRAFIA CIV SUBAORTICA APLIADA, INSUFICIENCIA MITRAL MODERADA, FEVI CONSERVADA, DILATACION DE CAVIDADES IZQUIERDOS, VALVULA AORTICA NORMAL, ARTERIA PULMONAR NOMRLA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-02	13:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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