

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	PONCE	JAVIER EMILIANO	13	12	2022	2 años, 1 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354028126	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	099-437-6210 / (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	1354028126	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	01	24
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 MASCULINO DE 2 AÑOS 1 MES DE EDAD, NACIDO POR PARTO VAGINAL A LAS 38 SEMANAS DE GESTACIÓN, QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR CONTROL DE NIÑO SANO. AL MOMENTO REFIERE QUE SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICO, DESCANSA BIEN, BUEN APETITO. MADRE MENCIONA QUE EL PACIENTE NO TOLERA LA MAYORÍA DE ALIMENTOS - PRESENTA DIARREAS CON ALIMENTOS QUE INCLUYEN DISTINTAS FRUTAS, VEGETALES, PROTEINAS, LACTEOS Y CIERTOS CEREALES. MADRE TRAE CARNE PARA REGISTRO DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS. NIEGA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA. NIÑO CON TENDENCIA DE CRECIMIENTO APROPIADO (PESO Y TALLA ADECUADO PARA LA EDAD) + DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL SIN SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL NI RIESGO SOCIAL + ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO DE ACUERDO A LA EDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

IGE TOTAL 69.66 IU/ML

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA	K580	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-24	11:37	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-01-24	11:37	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

