

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	CHAVEZ	SCARLETH SAMANTHA	14	04	2023	3 años, 0 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354121566	MANABI	CHONE	CANUTO	CHATA y X	098-323-8236 /
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	1354121566	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	23
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 FEMENINA DE 3 AÑOS DE EDAD, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE A CONTROL MÉDICO. MADRE REFIERE QUE EL 11 DE ENERO DE 2026 SE REALIZARON EXÁMENES DE MANERA PARTICULAR, REPORTÁNDOSE SANGRE EN HECES POSITIVA Y HELICOBACTER PYLORI POSITIVO. MENCIONA QUE, PREVIO AL TRATAMIENTO RECIBIDO DE FORMA PARTICULAR, LA PACIENTE PRESENTABA SANGRADO EN HECES EN MAYOR CANTIDAD; SIN EMBARGO, PESE AL TRATAMIENTO, HASTA LA ACTUALIDAD PERSISTE DE FORMA OCASIONAL LA PRESENCIA DE PEQUEÑAS MANCHAS DE SANGRE EN LAS DEPOSICIONES, EN ESCASA CANTIDAD. REFIERE ADEMÁS QUE DESDE ESE MOMENTO NO HA SIDO VALORADA POR ESPECIALISTA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA, PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL, COLABORADORA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE ALARMA. POR PERSISTENCIA DE RECTORRAGIA INTERMITENTE, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO Y MANEJO ESPECIALIZADO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA	K922	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-23	08:10	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2026-04-23	08:10	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

