

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMUDEZ	ARROYO	EMMA AHYTANA	09	05	2023	2 años, 5 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354134973	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS RAIDISTAS y	096-308-5341 /
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	1354134973	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	10	20
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 NACIDA POR CESAREA PROGRAMADA POR FALTA DE DILATACION. NACIO DE 38 SG, MADRE INDICA QUE MENOR PRESENTABA ANEMIA DESDE SIEMPRE, AL MOMENTO NO PRESENTA LABORATORIOS DE CONTROL. MADRE MENCIONA QUE MENOR DESDE EL AÑO DE EDAD INICIO CON SINTOMAS RESPIRATORIOS A REPETICIÓN, Y ALZA TERMICA QUE ASCIENTE HASTA 39 .5ª ACTUALMENTE CURSANDO CON UN RESFRIADO, ADICIONAL EN LA PIEL SE LE HACEN LESIONES ERITEMATOSAS QUE PRODUCEN RASH. COLORACION PALIDA. AMIGDALAS HIPERTROFICAS. LABORATORIOS DE SEPTIEMBRE 24/2025 HEMOGLOBINA 10.7 HEMOTOCRITO 32%.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIERRO 10.7 MG/DL HEMATOCRITO 32 %

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-20	11:10	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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 clínico

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
2025-10-20	11:10	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	