

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ	FARIAS	EYDER ALDAIR	02	11	2023	1 años, 9 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354283259	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	MUCHIQUE 1 y	098-039-0185 /
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	1354283259	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	08	21
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 PEDIÁTRICO 1 AÑO Y 9 MESES DE EDAD, QUE ACUDE A CONTROL DE NIÑO SANO, TRAÍDO POR SU MADRE, QUIEN REFIERE CUADRO DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DISTENSIÓN ABDOMINAL PERSISTENTE, QUE SE ACENTÚA EN HORAS DE LA NOCHE CAUSANDO MOLESTIAS Y DIFICULTAD PARA DORMIR. MADRE REFIERE QUE SE LLENA DE GASES Y AUTOMEDICA CON AEROM GOTAS (5 GOTAS VO) SIN MEJORÍA DEL CUADRO. PACIENTE CON DCI RECIENTEMENTE CULMINÓ TRATAMIENTO CON SULFATO DE ZINC Y MICRONUTRIENTES PERSISTE CON CURVA EN DESCENSO BAJA TALLA PARA LA EDAD, MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISPEPSIA FUNCIONAL	K30X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	09:14	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-08-21	09:14	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	