

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FAJARDO	CORNEJO	JANNER SAID	05	12	2023	2 años, 6 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354300301	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	BARRAGANETE y	096-023-7021 /
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	1354300301	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D08 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	06	11
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 DE 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD, APP: MICROTIA GRADO 4 IZQUIERDO APF: MADRE NO REFIERE, APQX: MADRE NO REFIERE ALERGIAS: MADRE NO REFIERE. ACUDE A LA CONSULTA MEDICA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR (MADRE) LA CUAL MENCIONA TRAERLO POR CONTROL MEDICO RUTINARIO, MADRE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA. MADRE NIEGA FIEBRE, NIEGA VOMITOS, NIEGA DIARREAS, NIEGA IRRITABILIDAD, NIEGA ALTERACION DE ESTADO DE CONCIENCIA, NIEGA SIGNOS DE DESHIDRATACION..... AL MOMENTO SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON BUEN TONO MUSCULAR, ACTIVO-REACTIVO, PIEL CON TONO ROSADO, MUCOSAS HIDRATADAS, AFEBRIL, TEST DE DENVER NORMAL, VALORACIÓN PESO/TALLA NORMAL PARA LA EDAD, AUSENCIA DE PABELLON AURICULAR DE LADO IZQUIERDO... SE TRAMITA REFERENCIA A PEDIATRIA PARA CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUSENCIA CONGENITA, ATRESIA O ESTRECHEZ DEL CONDUCTO AUDITIVO (EXTERNO)	Q161		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-11	11:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-06-11	11:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

