

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESPINOSA	ROMERO	SEIDY JULIETH	06	01	2024	2 años, 6 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354322032	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BY PASS y	099-483-5605 /
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	1354322032	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	07	14
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 PEDIÁTRICA DE 2 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE ACUDE A CONSULTA CON MADRE POR CUADRO CLÍNICO DE MÁS DE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR TOS PERSISTENTE Y RINORREA, POR LO CUAL HA RECIBIDO MÚLTIPLES TRATAMIENTOS MÉDICOS PARTICULARES CON DIFERENTES DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS, SIN PRESENTAR MEJORÍA CLÍNICA COMPLETA. MADRE REFIERE QUE POSTERIORMENTE PRESENTÓ CRISIS RESPIRATORIA, MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A VALORACIÓN EN CLÍNICA, DONDE SE INDICA LA NECESIDAD DE EVALUACIÓN POR MÉDICO ESPECIALISTA DEBIDO A LA PERSISTENCIA DEL CUADRO Y RECURRENCIA DE LOS SÍNTOMAS. POR EVOLUCIÓN PROLONGADA, RESPUESTA INADECUADA A TRATAMIENTOS PREVIOS Y SOSPECHA DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA RECURRENTE O DE DIFÍCIL CONTROL, SE SOLICITA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. 0969717430

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RINITIS CRONICA	J310		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	11:04	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-14	11:04	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

