

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	BRAVO	ARISLEYDI GUADALUPE	29	01	2024	1 años, 5 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354334540	MANABI	CHONE	CANUTO	LAS VAINILLAS y X	099-512-2647 /
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	1354334540	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	22
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 1 AÑO DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR SOLICITUD DE REFERENCIA A PEDIATRIA Y POSTERIOR TERAPIA DE LENGUAJE. APP: SINDROME DE DOWN, TETRALOGIA DE FALLOT. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: QX CARDIACA. APF: ABUELA MATERNA CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS. REFIERE RINORREA, ACTUALMENTE CON Sonda NASOGASTRICA, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE ACTIVA, ELECTIVA, AFEBRIL A LA CONSULTA, ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SIN SIGNOS DE ALARMA. PACIENTE CON BAJO PESO Y BAJA TALLA POR SU CONDICION EN SEGUIMIENTO CON PEDIATRA EN GUAYAQUIL, HACE 7 DIAS INTERNADA EN EL HOSPITAL DE CHONE. SE SOLICITA VALORACION POR PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO	Q909	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-22	09:34	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2025-07-22	09:34	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

