

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VEGA	CEDEÑO	BRIANNA JULIETH	29	03	2024	0 años, 11 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354371021	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA EL ROSARIO y 19 Y COLIBRI	096-414-5564 / (09)-641-4556
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	1354371021	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	03	18
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

LACTANTE MENOR MASCULINO DE 11 MESES DE EDAD, CON PESO Y TALLA ADECUADO PARA LA EDAD. DESARROLLO PSICOMOTRIZ ACORDE A LA EDAD. HB: 10. PACIENTE HACE UN MES FUE INGRESADA AL ÁREA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL DEBIDO A UN PROCESO RESPIRATORIO AGUDO (BRONQUITIS), DONDE LE REALIZAN EXÁMENES DONDE SE EVIDENCIÓ ANEMIA MODERADA Y SOLICITARON SEGUIMIENTO POR CONSULTA EXTERNA DE LA PACIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO DE PACIENTE POR AREA DE PEDIATRIA, PACIENTE YA CONOCIDA POR EL SERVICIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	J219		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	09:08	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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