

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	BAZURTO	ESTHER ELIANA	06	08	2024	1 años, 1 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354456392	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SITIO DISLABON y	096-163-7311 /
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	1354456392	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	09	17
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 Y 1 MES DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA ACUDE PARA REVISION DE EXAMENES 16/09/2025 HB: 10.9 RESTO DE RESULTADOS REPORTADOS EN LA PESTAÑA CORRESPONDIENTE DEL PRASS. MADRE REFIERE DEPOSICIONES DIARREICAS DE MANERA INTERMITENTE HACE 30 DIAS APROXIMADAMENTE A PESAR DE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO PREVIAMENTE, EL CUADRO PERSISTE SIN MEJORIA SIGNIFICATIVA. ADEMÁS REFIERE QUE EN OCASIONES RECHAZA ALIMENTACION LO CUAL SE HA EVIDENCIADO EN EL ESTANCAMIENTO DE SU PESO CORPORAL. MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCOCITOS: 8.25 NEUTROFILOS: 20.0% LINFOCITOS: 70.5% MONOCITOS: 5.0% EOSINOFILOS: 4.3 % HEMOGLOBINA: 10.9 G/DL HEMATOCRITO: 32.10% PLAQUETAS 306.00 COPROLOGICO: COLOR: CAFE CONSISTENCIA: BLANDA RESTOS VEGETALES: (+) ALMIDONES (++) GRASAS (+) FLORA BACTERIANA: LIGERAMENTE AUMENTADA PARASITOS: NO SE OBSERVAN FORMAS PARASITARIAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIARREA FUNCIONAL	K591		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-17	09:18	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
2025-09-17	09:18	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

