

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	GARCIA	MAYLIN AHYTANA	06	11	2024	1 años, 4 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354512582	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AGUA POTABLE y	098-338-0966 /
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	1354512582	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	02
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 4 MESES DE EDAD, ACUDE A SU CONTROL DE NIÑO SANO JUNTO A SU MADRE. PACIETE CON PECTUS EXCAVATUM Y PRESENCIA DE APARENTES ADENOPATIAS EN REGIÓN OCCIPITAL, BLANDOS, MÓVILES. AL MOMENTO PACIENTE REACTIVA, MADRE NIEGA FIEBRE, NÁUSEA, VÓMITO, MALESTAR GENERAL, FALTA DE APETITO, DECAIMIENTO U OTRAS DOLENCIAS. PACIENTE YA EN SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA QUIEN SOLICITA NUEVO CONTROL POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE PRESENTA PECTUS EXCAVATUM Y ADENOPATIAS EN REGIÓN OCCIPITAL, EN SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TORAX EXCAVADO	Q676		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-02	08:36	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-04-02	08:36	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	