

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	YURFON	ARLETH ALANNA	11	12	2024	0 años, 11 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354533604	MANABI	CHONE	SANTA RITA	WASHINTONG y MALECON	099-444-1225 /
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	1354533604	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta Externa	Pediatría		11	11	2025
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 11 MESES ACUDE POR REFERENCIA A PEDIATRIA, ACUDE SIN REFERENCIA INVERSA MADRE REFIERE QUE ESTUVO HOSPITALIZADA POR NEUMONIA 18/10 - 23/10, PACIENTE REFIERE QUE EN EL HOSPITAL NAPOLEON LE DIJERON ASISTA AL CS PARA ENVIAR REFERENCIA DE PEDIATRIA Y AGENDAR NUEVO TURNO, AL CP VENTILADOS MV PRESENTE, RC FUERTES Y RITMICOS, ABDOMEN BLANDO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE 11 MESES ACUDE POR REFERENCIA A PEDIATRIA, ACUDE SIN REFERENCIA INVERSA MADRE REFIERE QUE ESTUVO HOSPITALIZADA POR NEUMONIA 18/10 - 23/10, PACIENTE REFIERE QUE EN EL HOSPITAL NAPOLEON LE DIJERON ASISTA AL CS PARA ENVIAR REFERENCIA DE PEDIATRIA Y AGENDAR NUEVO TURNO, AL CP VENTILADOS MV PRESENTE, RC FUERTES Y RITMICOS, ABDOMEN BLANDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEUMONIA DEBIDA A OTROS VIRUS	J128		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-11	11:29	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2025-11-11	11:29	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

