

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REYES	VALDERRAMA	AITANA SARAY	13	02	2025	1 años, 1 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354570473	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA GRIJALVA y SN	095-900-9457 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1354570473	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	07
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 FEMENINO DE 1 AÑO CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS VIRAL + CONVULSIONES FEBRILES A LOS 8 MESES DE EDAD, ACUDE CON MADRE, REFIERE QUE HIJA HA PASADO CON FIEBRE NO CUANTIFICADA, MOLESTIAS GENERALES, HIPOREXICA DE APROXIMADAMENTE 15 DIAS DE EVOLUCION, SIN MEJORIA CON MEDICACION. REFIERE DEPOSICIONES DIARREICAS POR 3 DIAS. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA URINARIA, NI RESPIRATORIA. AL MOMENTO EN BUEN ESTADO GENERAL. AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN APARENTE BUENA CONDICION CON FEBRICULA DE 37.4. PACIENTE HA TENIDO CONTROLES EN PEDIATRIA EN CHONE, ADEMAS MADRE NO DESEA CONTROLES EN HOSPITAL DE FLAVIO ALFARO POR DEFICIT DE ATENCION. POR ANTECEDENTES DESCRITOS SE REALIZA REFERENCIA PARA POSIBLE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO ACUDE CON EXAMENES ACTUALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	B349	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-07	11:02	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	

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
2026-04-07	11:02	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	

