

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| ACOSTA           | MANZABA          | IRIS ISAMAR | 08                  | 02  | 2025 | 0 años, 9 meses, 4 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                               | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|-----------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354577411        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | FRENTEALACAPILLAVIRGENDEFATIMA y BEJUCO | 098-932-0415 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia  | Calle Principal y Secundaria            | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 1354577411      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Pediatría    | 2025  | 11  | 12  |
| 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 ☐

FAMILIAR MENCIONA QUE PERDIO EL TURNO Y QUE LA DRA LE PIDE QUE SOLICITE NUEVA REFERENCIA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINO DE 9 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN CENTRO DE SALUD SANTA RITA ACOMPAÑADO DE SU MADRE POR CONTROL MÉDICO QUIEN NIEGA SINTOMATOLOGÍA. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, ELECTIVO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. APP: NO REFIERE ; APF:NO REFIERE. PACIENTE SINDROME DE DOWN EN CALIFICACION PARA DISCAPACIDAD, LLEVA SUS CONTROLES MEDICOS EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA CON PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR PEDIATRIA, TENDENCIA INAPROPIADA DE CRECIMIENTO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|-----|-----|
| SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO | Q909   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2025-11-12 | 11:17 | Medicina Rural | EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO | 1312946617 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2025-11-12 | 11:17 | Medicina Rural | EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO | 1312946617 |       |

