

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	Convencional/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	12	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	

