

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DOMINGUEZ	LUCAS	NOAH JAZIEL	26	04	2025	0 años, 7 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354614669	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	UNIDOS VENCEREMOS y	098-512-3747 /
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	1354614669	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	12	01
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

LACTANTE MENOR MASCULINO DE 7 MESES DE EDAD ACUDE CON ACOMPAÑAMIENTO MATERNO AL ESTABLECIMIENTO PARA CONTROL DEL NIÑO SANO. APP DE SOPLO CARDIACO E INCOMPATIBILIDAD RH (KERNICTERUS), REQUIRIO EXANGUINOTRANSFUSION. PACIENTE CON BAJO PESO Y BAJA TALLA, ACUDE POR PRESENTAR TOS Y FLEMA. AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE. MADRE COMENTA YA HA COMENZADO A INTRODUCIR ALIMENTACION COMPLEMENTARIA ADICIONAL A LA LACTANCIA MATERNA, REFIERE QUE NO HAY RECHAZO DE ALIMENTOS, NI REACCIONES ALERGICAS, TAMPOCO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS, GASTROINTESTINALES NI ALZA TÉRMICA. INDICA QUE GOZA DE BUEN APETITO, CON URESIS Y CATARSIS EN BUEN NUMERO CON CARACTERISTICAS NORMALES. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, REACTIVO, ACTIVO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, FUERZA MUSCULAR Y SENSIBILIDAD CONSERVADA. HITOS DEL DESARROLLO ACORDES A LA EDAD. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. SE INTERCONSULA PEDIATRIA PARA MANEJO INTEGRAL DE CUADRO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SOPLO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	R011		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-01	09:06	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	



Firmado electrónicamente por:
**MAURO ALBERTO
ZAMBRANO BRAVO**
Validar únicamente con FirmaM2

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 clínico

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
2025-12-01	09:06	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

