

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CHAVARRIA	JESUS ARE	15	10	2025	0 años, 9 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	1354718668	MANABI	CHONE	CANUTO	SN y SN	098-442-7385 /
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	1354718668	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	20
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 9 MESES EN BUEN ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO ADECUADO, PERO CON ANTECEDENTE CRÍTICO DE DOS EPISODIOS DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN LO QUE VA DE SU VIDA. AL SER UN PACIENTE VARÓN, LA RECURRENCIA OBLIGA DE FORMA PRIORITARIA A REALIZAR ESTUDIOS DE IMAGEN EXCLUSIVOS PARA DESCARTAR ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL RIÑÓN Y DE LAS VÍAS URINARIAS (CAKUT), TALES COMO REFLUJO VESICoureTERAL O VALVAS DE URETRA POSTERIOR. AL MOMENTO SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE ESTABLE COMPLETANDO SU ESQUEMA ANTIBIÓTICO EMITIDO. EL PLAN CONSISTE EN: 1) CONTINUAR Y TERMINAR EL ESQUEMA ANTIBIÓTICO ACTUAL DE FORMA ESTRUCTA; 2) SOLICITAR DE MANERA PRIORITARIA ECOGRAFÍA RENO-VESICAL PARA VALORAR ANATOMÍA RENAL; 3) EMITIR REFERENCIA HACIA LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA PARA ESTUDIO DIRIGIDO EN SEGUNDO NIVEL; 4) CAPACITAR DE FORMA ESTRUCTA A LOS PADRES SOBRE SIGNOS DE ALARMA URINARIOS Y PEDIÁTRICOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N390	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-20	14:33	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA

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
2026-07-20	14:33	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

