

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| SANTANA          | VARGAS           | LUA ZARELY | 01                  | 11  | 2025 | 0 años, 5 meses, 26 días | Mujer   |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354728873        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | SITIO EL RETIRO y            | 098-048-1245 /      |
| 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                 | 1354728873      | BOYACA                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Pediatría    |  | 2026  | 04  | 27  |
| 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 lactante menor traído por su madre para control mensual. Madre refiere que hace dos semanas presento cuadro diarreico seguido de cuadro respiratorio autolimitados, al momento asintomática. Al examen físico, precordio activo, frémito presente, r1 y r2 audibles en los 4 focos, +r3, soplo sistólico en foco pulmonar que irradia a dorso, llenado capilar menor a 2 segundos, pulsos periféricos simétricos y palpables, sin hallazgos adicionales. **Contacto 0992443822 - 0980481245**

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE MEDIANO A GRANDE CON REPERCUSION HEMODINAMICA, ESTENOSIS PULMONAR LEVE (RELATIVA), VALVULA MITRAL DISPLASICA INSUFICIENTE LEVE A MODERADO, DILATACION DE CAVIDADES IZQUIERDAS, HIPERFLUJO PULMONAR, FUNCION SISTOLICA DE VENTRICULO IZQUIERDO CONSERVADO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------|--------|-----|-----|
| CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE | Q250   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-27 | 11:36 | Medicina Rural | KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO | 1314644665 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-27 | 11:36 | Medicina Rural | KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO | 1314644665 |       |