

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MOREIRA	JOSE MATIAS	19	11	2025	0 años, 1 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354738526	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y	099-332-7191 /
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	1354738526	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	01	08
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

ES TRAIADO A CONTORL MEDICO, REFIERE SU MADRE QUE ESTA CON LACTANCIA MIXTA (BLEMIL ANTIREFLUJO), ANTECEDENTE DE CIANOCIS AL NACER Y FOTOTERAPIA POR ICTERICIA, 7 DIAS INGRESADO EN NEONATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOCARDIOGRAMA: PRESENTE CADIOPATIA CONGENITA SIMPLE COMUNICACION INTEVETRCUALR MUSCULA APICAL 2 mm, IZQUIERDA A DERECHA, SE MANTIENE COMPENSADO SE ESPERA CIERRE FISIOLOGICO SIN CRITERIOS DE TRATAMIENTO FARMAOLOGICO NI QUIRURGICO CONTROL EN 3 MESES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SOPLOS CARDIACOS BENIGNOS O INOCENTES	R010	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-08	14:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

