

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLAPRADO	VERA	EIDAN XAVIER	16	02	2026	0 años, 3 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354785071	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CACHO ROJO y	098-312-3734 /
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	1354785071	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	06	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

LACTANTE MENOR MASCULINO DE 3 MESES Y 30 DÍAS DE EDAD, QUIEN ACUDE A CONTROL DE NIÑO SANO ACOMPAÑADO DE SU MADRE. AL MOMENTO SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, CON ADECUADA TOLERANCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, SIN SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, GASTROINTESTINALES O CARDIOVASCULARES REFERIDOS. DURANTE LA VALORACIÓN FÍSICA IMPRESIONA SOPLO CARDÍACO SISTÓLICO AUDIBLE EN FOCO MESOCÁRDICO, DE BAJA INTENSIDAD, SIN IRRADIACIÓN APARENTE, CON PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS Y SIN DATOS CLÍNICOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA, CIANOSIS O DIFICULTAD RESPIRATORIA. POR HALLAZGO CLÍNICO DE SOPLO CARDÍACO EN LACTANTE MENOR, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA PARA ESTUDIO, CARACTERIZACIÓN Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA, TELEFONO 0962822144.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.....

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	15:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-06-15	15:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

