

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|---------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| MURILLO          | MENDIETA         | APRIL   | 23                  | 03  | 2026 | 0 años, 2 meses, 4 días | Mujer   |
|                  |                  |         | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354805085        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | CORDOVA y                    | 098-287-3589 /      |
| 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                 | 1354805085      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Pediatría    | 2026  | 05  | 27  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 2 MESES DE EDAD ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA, MADRE REFIERE QUE DESDE EL NACIMIENTO PRESENTA RONQUIDO PERSISTENTE Y RESPIRACIÓN NASAL RUIDOSA, DE PREDOMINIO DURANTE EL SUEÑO, COMO SI PRESENTARA BSTRUCCIÓN NASAL. ADEMÁS, REFIERE EPISODIO AISLADO HACE APROXIMADAMENTE 1 MES DE SALIDA DE LÍQUIDO BLANQUECINO POR FOSAS NAALES POSTERIOR A LA ALIMENTACIÓN Y DURANTE EXPULSIÓN DE GASES. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA RONQUIDO PERSISTENTE DE REDOMINIO NASAL, SIN ESTRIDOR, SIN ALETEO NASAL, SIN TIRAJE, SIN CIANOSIS Y SIN SIGNOS CLÍNICOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA; CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. PACIENTE AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL, HIDRATADA Y CLÍNICAMENTE ESTABLE. SE REFIERE A PEDIATRÍA PARA VALORACIÓN INTEGRAL, SEGUIMIENTO CLÍNICO Y DESCARTE DE ALTERACIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR, OBSTRUCCIÓN NASAL, REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASOCIADO O TRASTORNO DE SUCCIÓN-DEGLUCIÓN, SEGÚN CRITERIO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL MOMENTO NO SE CUENTA CON EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO O IMAGEN. DURANTE LA VALORACIÓN CLÍNICA SE EVIDENCIA PACIENTE FEMENINA DE 2 MESES DE EDAD ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL, HIDRATADA Y CLÍNICAMENTE ESTABLE. AL EXAMEN FÍSICO SE AUSCULTA RONQUIDO PERSISTENTE/RESPIRACIÓN NASAL RUIDOSA DE PREDOMINIO NASAL, SIN ESTRIDOR, SIN ALETEO NASAL, SIN TIRAJE INTERCOSTAL, SUBCOSTAL NI SUPRACLAVICULAR, SIN CIANOSIS Y SIN SIGNOS CLÍNICOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS HEMITÓRAX, SIN SIBILANCIAS, RONCUS NI CREPITANTES. SE INDICA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA VALORACIÓN INTEGRAL Y DESCARTE DE ALTERACIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR, OBSTRUCCIÓN NASAL, REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASOCIADO O TRASTORNO DE SUCCIÓN-DEGLUCIÓN SEGÚN CRITERIO ESPECIALIZADO.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA NARIZ Y DE LOS SENOS PARANASALES | J348   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     |                              |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-05-27 | 09:54 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 | <div>Validar únicamente en FirmaSC.<br/>Firmado electrónicamente por:<br/><b>MABEL MARIA PALMA GARCIA</b></div> |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-05-27 | 09:54 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 |       |