

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	VELIZ	CARLOS MATHIAS	25	05	2019	6 años, 10 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1759576307	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS LAURELES y LOS LAURELES	098-131-7050 /
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	1759576307	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	21
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

ESCOLAR DE 6 AÑOS DE EDAD CON DESARROLLO PISCOMOTOR ACORDE A LA EDAD, PESO Y TALLA PARA LA EDAD DENTRO DE PERCENTILES ADECUADOS, NO ANTECEDENTES PATOLOGICOS NI ALERGIAS CONOCIDAS SEGUN REFIERE LA MADRE, DESEMPEÑO ESCOLAR BUENO, BUENA RELACION SOCIAL, ACTIVO, COLABORA AL INTERROGATORIO. MADRE REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR EPISODIOS DE MICCIÓN INVOLUNTARIA DURANTE EL SUEÑO, CON UNA FRECUENCIA APROXIMADA DE 5-6 EVENTOS AL MES, LOS EPISODIOS A VECES SON INTERMITENTES Y A VECES CONSECUTIVOS, NO HAY SIGNOS O SÍNTOMAS URINARIOS ASOCIADOS, REFIERE QUE NUNCA HA LOGRADO CONTROL DE ESFINTER NOCTURNO POR UN PERIODO PROLONGADO. REALIZO REFERENCIA SEGUNDO NIVEL PEDIATRIA. TAMIZAJE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENURESIS NO ORGANICA	F980	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-21	10:15	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-04-21	10:15	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

