

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERDEZOTO	DE LA CRUZ	FRIXON STIVEN	15	02	2013	12 años, 7 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2101242689	MANABI	CHONE	CONVENTO	CONVENTO y	096-919-7872 /
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	2101242689	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	09	30
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 DE 12 AÑOS DE EDAD CON APP DE COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR PERIMEMBRANOSA RESTRICTIVA EL CUAL ESTABA EN CONTROLES Y SEGUIMIENTO POR CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA, SIN EMBARGO, POR CUESTIONES FAMILIARES HA PERDIDO EL SEGUIMIENTO. PACIENTE ACUDE A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA AREA DE CARDIOLOGIA Y MADRE MANIFIESTA QUE ESPECIALISTA RECOMIENDA SEGUIMIENTO POR AREA DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA.APF: NO REFIERE AQX: NO REFIERE HOSPITALIZACION: SI(NEUMONIA).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

A LA AUSCULTACION CARDIACA: SOPLO SISTOLICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR	Q210		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	15:19	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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 clínico

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
2025-09-30	15:19	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	