

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	RODRIGUEZ	CRISTHEL ANAHY	06	01	2017	8 años, 7 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2351436692	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	PICHINCHA y CANELOS	098-139-6373 /
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	2351436692	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA	Consulta externa	Cardiología pediátrica - Brigada Médica externa ONG		2025	08	20
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 8 AÑOS 7 MESES VIDA DE EDAD DE SEXO FEMENINO QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD, NACE POR PARTO CESAREA A LAS 39 SEMANAS DE GESTACION SIN COMPLICACIONES,ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS, APP NINGUNA APQ NINGUNA APF ABUELA MATERNA, PACIENTE QUE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISNEA, DOLOR TORACICO, DURANTE LA ACTIVIDAD FISICA Y EN REPOSO AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA HUNDIMINETO DE HEMITORAX IZQUIERDO Y ABONBAMIENTO LEVE DE HEMITORAX DERECHO TRAE RADIOGRAFIA DE TORAX DONDE SE OBSERVA COSTILLAS FLOTANTES, ESCOLIOSIS PACIENTE QUE AMERITA VALORACION POR CARDIOLOGIA PEDIATRICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA DE TORAX COSTILLAS FLOTANTES, ESCOLIOSIS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALFORMACION CONGENITA DEL TORAX OSEO, NO ESPECIFICADA	Q 769		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-20	12:01	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

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
2025-08-20	12:01	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

