

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUCAS	BASURTO	EMMA DANIELA	03	09	2017	7 años, 11 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2351522970	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	EEEEEEEE y	000-000-0000 /
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	2351522970	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	08	27
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 FEMENINA DE 7 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA PARA CONTROL POR REFERIR QUE DESDE LOS TRES AÑOS LE DETECTARON UN SOPLO EN EL CORAZON MOTIVO POR EL CUAL REALIZA ESTUDIO ECOCARDIOGRAFICO DE CONTROL, AL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: ESTUDIO ECOCARDIOGRAFICO QUE REPORTA CORAZON ESTRUCTURALMENTE SANO, INSUFICIENCIA TRICUSPIDE DENTRO DE PARAMETROS FISIOLOGICOS (SOPLO BENIGNO), PRESION SISTOLICA EN ARTERIA PULMONAR 20 MMMHG

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SOPLOS CARDIACOS BENIGNOS O INOCENTES	R010		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-27	10:24	Medicina Rural	ANGGIE MARIUXI MUÑOZ ALCIVAR	1314423656	

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
2025-08-27	10:24	Medicina Rural	ANGGIE MARIUXI MUÑOZ ALCIVAR	1314423656	