

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUERRERO	ROCA	ALEYNA FIORELLA	30	03	2022	4 años, 3 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2352060954	MANABI	CHONE	CONVENTO	JAIME ANDRADE MARIN y LUIS MOLINARI	098-967-3978 /
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	2352060954	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	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

PACIENTE FEMENINA DE 4 AÑOS DE EDAD SIN APP SIN APQ SIN ALERGIA A MEDICAMENTOS VIENE A ESTA CASA DE SALUD POR HIPOREXIA. LA MADRE REFIERE EPISODIOS INTERMITENTES CARACTERIZADOS POR INTOLERANCIA ALIMENTARIA, ASOCIADOS A DIARREA DE PREDOMINIO DURANTE EL DÍA, ACOMPAÑADA DE DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO. MANIFIESTA QUE EXISTEN PERÍODOS ASINTOMÁTICOS EN LOS QUE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL Y SIN ALTERACIONES GASTROINTESTINALES. PRESENTA DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES DE CARÁCTER PERSISTENTE, CON PREDOMINIO NOCTURNO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES DE CARÁCTER PERSISTENTE, CON PREDOMINIO NOCTURNO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIALGIA	M791		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-20	09:05	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

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
2026-07-20	09:05	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	