

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MARCILLO	KEVIN EZEQUIEL	02	01	2021	4 años, 5 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353541889	MANABI	CHONE	RICAUARTE	SITIO LEVANTE y	099-364-1293 /
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	1353541889	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	06	03
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 4 AÑOS DE EDAD ACUDE CON SU MADRE POR CUADRO DE LINFOADENITIS DE LARGA DATA APP: ANEMIA. APQ: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. REFIERE TOS NO PRODUCTIVA DE 7 DIAS DE EVOLUCION, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, REACTIVO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NORMOHIDRATADO. AL EXAMEN FÍSICO, CABEZA NORMAL, CADENA GANGLIONAR INFLAMADA, EXPANSIBILIDAD TORÁCICA CONSERVADA, PULMONES CON BUENA ENTRADA DE AIRE, NO SE ESCUCHAN RUIDOS AÑADIDOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. EXTREMIDADES SIMETRICAS, SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA SE LE INDICA A LA MAMA QUE REGRESE EN DOS SEMANAS PARA VERIFICAR TURNO:0999066728

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LINFOADENITIS

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
LINFADENITIS AGUDA DE CARA, CABEZA Y CUELLO		L040	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-06-03	14:17	Medicina Rural	MARIA PATRICIA BURGOS FARIAS	1312139205	

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
2025-06-03	14:17	Medicina Rural	MARIA PATRICIA BURGOS FARIAS	1312139205	