

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEDRANDA	DELGADO	KALETH MOISES	26	09	2024	1 años, 5 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0350746137	MANABI	CHONE	CONVENTO	MANTA BLANCA 2 y	096-868-8645 /
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	0350746137	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	02	26
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 MASCULINO DE 1 AÑO 5 MESES VIENE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADO DE SU MADEE QUE REFIERE QUE CUANDO ESTABA EMBARAZADA EN LAS ECOGRAFIAS APARECIA QUE TENIA UNA MASA EN LA CABEZITA Y AL MOMENTO QUE NACIO HASTA LA ACTUALIDAD TIENE LA MISMA MASA EN CABEZA LADO IZQUIERDO QUE HA IDO CRECIENDO CON EL PASAR DE TIEMPO ACTUALMENTE MASA PALPABLE NO MOVIL DURA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE A FEBRIL GLAS GOW 15/15 ALERTA DENVER NORMAL Y TAMISAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO SE LE HACE INTERCONSULTA CON MEDICO FAMILIAR LO QUE AMERITA UNA REFERENCIA A PEDIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASA PALPABLE NO MOVIL Y DURA EN PARTE IZQUIERDA DE LA CABEZA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN LA CABEZA	R220	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-26	08:18	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 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
2026-02-26	08:18	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	