

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEÑA	ROMERO	ALEX KALETH	08	03	2021	3 años, 7 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0964889919	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE PICHINCHA y	099-421-7375 /
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	0964889919	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	10	28
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 3 AÑOS 7 MESES QUE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE (ARELIS ROMERO) APP: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. APF: ABUELA MATERNA CON DIABETES. REFIERE TOS Y RINORREA LEVE. PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, AFEBRIL A LA CONSULTA. AL EXAMEN FISICO: CAMPOS PULMONARES LIBRES. SE VISUALIZA VERRUGAS EN MANO DERECHA EN NUMERO DE 5 MADRE MANIFIESTA APROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCION, REFIERE ADEMAS AMPOLLAS EN NUMERO INDETERMINADO EN CARA, BRAZOS E INGLE. DENVER NORMAL, TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SOBREPESO Y TALLA NORMAL. SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERRUGAS VIRICAS	B07X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-28	05:46	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2024-10-28	05:46	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	