

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CANDELA	LOOR	KEVIN YETZAEI	24	02	2024	1 años, 7 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354349787	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE 14 DE AGOSTO y	098-301-3495 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1354349787	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR		Consulta externa	Alergología	2025	10	01
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

ESPECIALISTO SOLICITA REFERENCIA PARA ATENCION EN 3 MESES

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINO 1 AÑO 7 MESES EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA EN COMPAÑÍA DE SUS MADRE; MADRE ACUDE CON REFERENCIA INVERSA GENERADO EN EL HOSPITAL MIGUEL ALCIVAR DE BAHIA POR EL SERVICIO DE ALERGOLOGIA, SOLICITANDO NUEVA REFERENCIA PARA CONTROL DENTRO DE 3 MESES EN LA MISMA UNIDAD. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, ELECTIVO, GLASGOW 15/15, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. APP: NO REFIERE ; APF:NO REFIERE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION EN 3 MESES POR EL SERVICIO DE ALERGOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-01	11:10	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO	1312946617	

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
2025-10-01	11:10	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO	1312946617	

