

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	COBEÑA	DAMIAN ALONSO	22	07	2010	14 años, 2 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350002877	MANABI	CHONE	CANUTO	A y A	099-999-9999 /
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	1350002877	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	21
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 14 AÑOS DE EDAD, TEF 0961651998-0989964120 QUE ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRURITO EN TODO EL ROSTO ACOMPAÑADA DE HABONES, EDEMA EN ROSTRO Y MIEMBROS INFERIORES, REFIERE QUE EN ESTOS CUADROS SUELE ACUDIR A EMERGENCIAS EL CUAL TRATAN CON CORTICOIDES PERO NO EXISTE MEJORIA DE CUADRO CLINICO. MADRE REFIERE QUE NO HAY CAUSA APARENTE, APP: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, APF: ASMA ABUELO MATERNO. AL MOMENTO ESTABLE, ACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. SE REMITE A ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVIAN EXAMENES DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-21	12:27	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	

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
2024-10-21	12:27	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	