

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	LUCAS	JOMAIRA ALEJANDRA	21	08	2013	12 años, 2 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350969547	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SEGUA y	096-371-6223 /
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	1350969547	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	11	07
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 12 AÑOS, CON APP: DISCAPACIDAD INTELECTUAL 54%, ACUDE CON HERMANA (NO CUIDADORA), ACUDE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA, TOS PRODUCTIVA DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN, TAMBIEN REFIERE VERRUGAS PALMARES EN AMBAS MANOS DE 5 MESES DE EVOLUCIÓN. PACIENTE EN SEGUIMIENTO NEUROLOGIA EN PORTOVIEJO AL EXAMEN FISICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, NO RUIDOS PATOLOGICOS. SE EVIDENCIA VERRUGAS PALPARES BILATERALES, NO SE OBSERVAN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN. AL MOMENTO NO FEBRIL, ORIENTADA, ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VERRUGAS VULGARES PALMARES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERRUGAS VIRICAS	B07X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-07	11:09	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-11-07	11:09	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	