

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	BASURTO	ARELYS ASHLEY	19	05	2014	10 años, 6 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351739063	MANABI	CHONE	CANUTO	BEJUQUILLO y X	098-441-3906 /
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	1351739063	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	11	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

ATENCION DEL ADOLECENTE PACIENTE FEMENINO DE 10 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL EN COMPAÑIA DE SU MADRE. INDICA QUE LA PACIENTE PRESENTA UNA "BERRUGA DE SANGRE" DESDE MAS MENOS 2 MESES DE EVOLUCIÓN COMPATIBLE CON HEMANGIOMA LA PACIENTE INDICA QUE ESTE LE PROVOCA PRURITO DE MANERA OCACIONAL Y EN LAS MAÑANA DESPIERTA BASTANTE ENROJECIDO Y SANGRANDO LEVEMENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESIÓN COMPATIBLE CON HEMANGIOMA EN CACHETE DERECHO DE MAS MENOS 1.5 CM DE DIÁMETRO ERITEMATOSO, LIGERAMENTE INFLAMADO Y CON SEÑALES DE DAÑO POSIBLEMENTE A LA MANIPULACIÓN DEL PACIENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMANGIOMA, DE CUALQUIER SITIO	D180	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-21	12:01	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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
2024-11-21	12:01	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	