

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MANZABA	CARLOS JAVIER	15	12	2014	9 años, 8 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	1351994890	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL TORO DE RIO GRANDE y	093-906-7069 /
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	1351994890	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	09	13
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

INFANTE MASCULINO ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU PROGENITOR POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE MASA ABDOMINAL EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO DE 2 CM DE DIÁMETRO APROXIMADAMENTE DOLOROSA A LA PALPACIÓN DE BORDES REGULARES. PADRE REFIERE HABER ASISTIDO POR EMERGENCIA AL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA QUIENES ENVÍAN A ESTA UNIDAD, DEBIDO A LA LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA SE REALIZA REFERENCIA PARA LA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASA PALPABLE SE SOLICITA ESTUDIO ECOGRÁFICO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K439	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-13	10:15	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2024-09-13	10:15	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	