

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARCIA	ORTIZ	PATRICIO AGUSTIN	18	02	2015	9 años, 7 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352035396	MANABI	CHONE	SANTA RITA	UNIDOS VENCEREMOS y	099-262-2428 /
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	1352035396	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	10	15
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	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PEDIATRICO DE 9 AÑOS CON APP DE LUPUS DIAGNOSTICADO HACE 6 MESES MADRE DEL PACIENTE REFIERE QUE RECIBE TRATAMIENTO PERO NO RECUERDA EL NOMBRE DE LA MEDICACION, TOXOPLASMA DIAGNOSTICADO HACE 6 MESES MADRE REFIERE QUE NO RECIBE MEDICACION, SINUSITIS DIAGNOSTICADO HACE 6 AÑOS TAMBIEN REFIERE QUE TUVO BRONQUITIS EL MES PASADO. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ALZA TERMICA CUANTIFICADA 39, CEFALEA DE GRAN INTENSIDAD, ANGINA DE PECHO. MADRE REFIERE QUE LO ESTA MEDICANDO CON TUSIGEN, BUPREX FORTE, BACTRIM. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO Y ORIENTADO. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA. SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA POR SU CUADRO CLINICO REPETITIVOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TOXOPLASMOSIS, NO ESPECIFICADA	B589	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-15	19:36	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2024-10-15	19:36	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	