

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CONFORME	NIURKA CORINA	12	07	2015	9 años, 3 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352141160	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VACA DE MONTE y	096-317-1699 /
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	1352141160	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	24
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 DE 9 AÑOS DE EDAD ACUDE CON SU MAMA EL DIA DE HOY. MAMA REFIERE QUE LA NIÑA ORINA 3 VECES AL DIA EN POCAS CANTIDADES. REFIERE QUE ESTABA ANTES EN UN TRATAMIENTO DESDE HACE 5 AÑOS PERO QUE NO RECUERDA QUE TOMABA. SE MANDA A HACER ELEMENTAL DE ORINA,UROCULTIVO Y ECOGRAFIA RENAL. MAMA REFIERE QUE NO LA HA DESPARASITADO EN MUCHO TIEMPO. SE PRESCRIBE METRONIDAZOL EN JARABE SOLUCION LIQUIDA 8.4ML CADA 8 HORAS POR 7 DIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENCIA DE LESIONES DE VERRUGAS EN MANO DERECHA. PRESENCIA DE 3-4 VERRUGAS PALMARES.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PAPILOMAVIRUS COMO CAUSA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS	B977	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-24	08:20	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2024-10-24	08:20	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	