

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	DELGADO	CRISTOPHER ADRIANO	16	08	2015	9 años, 3 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352174674	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL VERGEL y	095-919-8358 /
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	1352174674	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	11	20
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☐

PACIENTE CON CUADRO DE URTICARIA QUE HA SIDO MANEJADO CON GLUCOCORTICOIDES IV SIN PRESENTAR MEJORÍA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 9 AÑOS DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CLÍNICA DE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN QUE SE CARACTERIZA POR PRESENCIA DE HABONES EN CARA, INGLE, Y ESPALDA QUE SE ACOMPAÑA DE PRURITO DE PRESENTACIÓN ESPORÁDICA. REFIERE ÚLTIMA APARICIÓN DE LESIONES EL DÍA DE AYER QUE SE ACOMPAÑARON DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Y SENSACIÓN DE OBJETO EXTRAÑO EN LA GARGANTA. POSTERIOR A ESTE ÚLTIMO EPISODIO, MADRE ACUDE A IESS CHONE DONDE LE ADMINISTTRAN MEDICACIÓN IV CON CORTISONA EN CLNA, LORATADINA EN JARABE, COMPLEJO B IM. MADRE REFIERE HABER ACUDIDO A DIVERSOS CENTROS DE SALUD PREVIO A ESTE ÚLTIMO EPISODIO DONDE LE RECETAN MEDICACIÓN SINTOMÁTICA SIN EMBARGO REFIERE QUE LA SINTOMATOLOGÍA CONTINÚA. 0997753014//0992730149

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
URTICARIA, NO ESPECIFICADA	L509	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-20	12:43	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2024-11-20	12:43	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	