

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ROSADO	THYAGO IAN	18	01	2016	8 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	1352284952	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BAY PASS y	097-916-3115 /
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	1352284952	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	10	17
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

PACIENTE MASCULINO DE 8 AÑOS, CON ANTECEDENTE PATOLOGICO DE MALABSORCION INTESITAL, INTOLERANCIA A LA LACTOSA, PATOLOGIAS CONTROLADAS POR GASTROENTEROLOGIA, HIPERLAXITUD, EN CONTROL CON ALERGOLOGO POR CUADRO ALERGICO, VISTO POR CARDIOLOGIA POR SOSPECHA DE SINDROME DE MARFAN PERO FUE DESCARTADO, PRESENTA HIPERMETROPIA Y ASTIGMATISMO. ACTUALMENTE PACIENTE REFIERE CEFALEA, SIENTE HORMIGUEO EN LA ESPALDA, DOLOR LUMBAR. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, ESTABLE, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, SE CONFIRMA HIPERLAXITUD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON CUADRO SINDROMICO, SOSPECHA DE EHLER DANLOS. INMUNOLOGIA: CITOMEGALOVIRUS IGM IGG NEGATIVO, EPSTEIN BARR NEGATIVO SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMOGLOBINA 14.1 LEUCOCITOS 6.8 PLAQUETAS 228 OTROS ANALISIS: ASTO 102

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE EHLERS-DANLOS	Q 796	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-17	14:24	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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
2024-10-17	14:24	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

