

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MESIAS	MOREIRA	MATHIAS JESUS	05	08	2016	8 años, 11 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352416703	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PICHINCHA y EMILIO HIDALGO	099-006-2913 /
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	1352416703	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	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 DE EDAD AP: NO REFIERE, APF: LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA (HERMANA /FALLECIDA) ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE PROGENITORA PARA REVISION DE LABORATORIO EN EL QUE SE EVIDENCIA HIPERCOLES TEROLEMIA. EN SEGUIMIENTO POR VERRUGA EN REGION DEL CODO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. AL INTERROGATORIO REFIERE APARICION DE LESIONES HACE DOS SEMANAS DE EVOLUCION EN REGION TESTICULAR QUE SE DISEMNINA HACIA REGION DORSAL Y MIEMBROS INFERIORES COMPATIBLE CON ESCABIOSIS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMATOLOGIA: LEUCOCITOS 8.07 NEUTROFILOS 59.0% LINFOCITOS 32.2% MONOCITOS 8.8% ERITROCITOS 4.82 HEMATOCRITO 38.1 HEMOGLOBINA 12.3 G/DL PLAQUETAS 372 QUIMICA: GLUCOSA 85 MG/DL COLESTEROL 223 MG/DL TRIGLICERIDOS 201 MG/DL ALT 37 U/L AST 29 U/L

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERRUGAS VIRICAS	B07X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-17	14:47	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
2025-07-17	14:47	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

