

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BAZURTO	HALLIE HELI	14	08	2018	7 años, 1 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352938698	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN ANDRES y	098-409-5337 /
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	1352938698	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	09	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

☐

DEMANDA ESPONTANEA POR PARTE DE LA MADRE DE LA MENOR

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 7 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA EN COMPAÑÍA DE SU MAMA MADRE REFIERE Y MUESTRA EVIDENCIA (FOTOS) DE QUE PACIENTE PADECE DE CUADROS ALÉRGICOS QUE LA HAN LLEVADO INCLUSO A LA EMERGENCIA EN VARIAS OCASIONES, CARACTERIZADO POR PARCHES Y HABONES ERITEMATOS OS, PRURIGINOS OS, MADRE DES CONOCE LA POSIBLE CAUSA YA QUE MENCIONA QUE NO EXISTE UNA EXPOSICIÓN CONSTANTE A LO QUE SE PUEDA INDICAR QUE FUE EL RESPONSABLE. MADRE SOLICITA BAJO DEMANDA ESPONTANEA VALORACION POR PEDIATRIA CON INTENCION DE PASE A ALEGOLOGIA. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, ELECTIVO, GLASGOW 15/15, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. APP: NO REFIERE ; APF:NO REFIERE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

URTICARIA ALERGICA DE ORIGEN DESCONOCIDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
URTICARIA ALERGICA	L500		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-24	11:15	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO	1312946617	

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 clínico

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
2025-09-24	11:15	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO	1312946617	

