

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZMIÑO	MOREIRA	KATTY MICHELA	16	08	2018	6 años, 11 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352959785	MANABI	CHONE	BOYACA	VÍA A LA BARRANCA y	097-942-7026 /
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	1352959785	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	08	14
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 DE 6 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE CON SUS PADRES A LA CONSULTA NOS REFIERE QUE LE REALIZO COMPLEMENTARIOS PORQUE HACE UN AÑO MAS O MENOS VIENE PRESENTANDO EN OCASIONES INFLAMACIÓN DE ROSTRO SOBRE TODO EN OJOS AL MOMENTOS EVIDENCIA DISMINUCIÓN EN UREA Y CREATININA UREA: 12.60 CREATININA: 0.40 AL MOMENTO BUEN ESTADO GENERAL SE EVIDENCIA INFLAMACION EN PARPADOS EN ESTE MOMENTO POR LO QUE NECESITA VALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

UREA: 12.60 CREATININA SERICA: 0.40

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFLAMACION DEL PARPADO, NO ESPECIFICADA	H019		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-14	09:07	Medicina General Integral	GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES	CU-13-5730	

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
2025-08-14	09:07	Medicina General Integral	GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES	CU-13-5730	

