

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	MACIAS	PAULETH MONSERRAT	08	10	2018	6 años, 0 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352980658	MANABI	CHONE	CANUTO	MOCORAL y MOCORAL	098-469-9354 /
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	1352980658	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		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 resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PEDIATRICO DE SEXO FEMENINO QUE ES TRAIDA POR SU SEÑORA MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VOMITOS PERSISTENTES DE APROXIMADAMENTE 6 MESES DE EVOLUCION. MADRE REFIERE QUE EN EL ULTIMO MES LOS CUADROS DE VOMITOS HAN IDO INCREMENTANDOSE EN NUMERO DE 1 Y DE CONTENIDO ALIMENTICIO, SOBRE TODO POR LA NOCHES. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL. SE SOLICITA REFERENCIA POR CONSULTA EXTERNA HA AREA DE PEDIATRIA PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO RESPECTIVO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NAUSEA Y VOMITO	R11X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-17	21:36	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

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	21:36	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	