

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MANZABA	MACIAS	AISHA VICTORIA	07	12	2018	6 años, 10 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	1353022591	MANABI	CHONE	CONVENTO	CALLE EMILIO HIDALGO y	099-999-9999 /
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	1353022591	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	11	05
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 FEMENINO DE 6 AÑOS 10 MESES DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE. FAMILIAR REFIERE PROBLEMAS DE ALERGIA CONSTANTES QUE LE HA HECHO ALGUNAS PRUEBAS LAS CUALES NO HAN DETECTADO ALERGIAS CONTINUA CON RASH GENERALIZADO AL MOMENTO AFEBRIL, ESTABLE, ACTIVO, ELECTIVO, GLASGOW 15/15, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUENA TOLERANCIA ORAL. ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE: EUTROFICO. EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO COPS VENTILADO SIN RUIDOS AGREGADOS RSCS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS .PLAN SE INDICA REFERENCIA SERVICIO DE PEDIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ALERGIA NO ESPECIFICADA AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE PEDIATRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-05	08:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2025-11-05	08:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	