

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GANCHOZO	VELIZ	MATHIUS ISAIAS	31	12	2018	6 años, 2 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353038340	MANABI	CHONE	RICAUARTE	CHONE y	/ (98)-671-2466
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	1353038340	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	03	06
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 2 AÑOS 11 MESES DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU PADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE ALIMENTACIÓN VARIADA CON BUENA TOLERANCIA ORAL, MAL APEGO A ALIMENTACION SALUDABLE, PADRE REFIERE QUE HACE DOS MESE LO DESPARACITARON, DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. NIEGA SINTOMAS ACOMPAÑANTES. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, COLABORATIVO, ORIENTADO. EXAMEN FISICO, CABEZA NORMOCEFALICA, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, SE EXAMINAN DIENTES LOS CUALES PRESENTAN CARIES DENTALES PROFUNDAS, SE REALIZA INTERCONSULTA CON MEDICINA FAMILIAR Y CON ODONTOLOGIA., MADRE REFIERE QUE EL NIÑO NO SE QUIERE LAVAR LOS DIENTES MAS DE UNA VEZ AL DIA QUE LLORA CUANDO LE QUIEREN CEPILLASR MAS VECES Y QUE A VECES SE LAVA SIN LA PASTA, CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, EXTREMIDADES SIMETRICAS. MADRE REFIERE QUE VIVE CON EL MARIDO EN UNION LIBRE Y QUE SON TRES HERMANOS, SI CUENTAN CON SERVICIOS BASICOS, CASA DE CAÑA Y MADERA, 3 CUARTOS, LA HIJA MAYOR DE 19 AÑOS VIVE CON EL MARIDO EN OTRA CASA TLF: 0983874662. VIVE EN LA PIEDRA AZUL MAS ARRIBA DE PAVON

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO NO INFECCIOSO DE VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS, NO ESPECIFICADO	I899	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-06	12:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-03-06	12:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	