

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| VELEZ            | VELEZ            | MARIA NAHOMI | 08                  | 04  | 2019 | 5 años, 5 meses, 4 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1353110099        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | CALLE BOLIVAR y X            | 096-273-9097 /      |
| 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                 | 1353110099      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Pediatría    | 2024  | 09  | 12  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NIÑA DE 5 AÑOS 5 MESES DE EDAD ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE QUIEN INDICA PRESENCIA DE UNA BOLITA EN PARTE INGUINAL, NIÑA ACTIVA ELECTIVA COLABORA CON LA CONSULTA, AL EX. FISICO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, SE EVIDENCIA DEBILIDAD DE PARED CON PRESENCIA DE ABULTAMIENTO A NIVEL DE REGION INGUINAL DERECHA LA CUAL EN OCASIONES SE ACOMPAÑA DE DOLOR TIPO COLICO, A FEBRIL A LA CONSULTA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                |
|----------------|
| EN TRATAMIENTO |
|----------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                               | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA | K409   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2024-09-12 | 14:04 | Medicina General | MARICELA LORENA GARCIA PERERO | 1307473551 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2024-09-12 | 14:04 | Medicina General | MARICELA LORENA GARCIA PERERO | 1307473551 |       |