

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVAREZ	SOLIS	EITHAN YOEL	05	06	2019	5 años, 4 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353152471	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE PICHINCHA y X	099-588-1007 /
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	1353152471	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	10
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 MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE LA MADRE (ROSA SOLIS). APP: NO REFIERE. AQX: NO REFIERE. APF: ABUELA PATERNA DIABETES E HIPERTENSION, ABUELO PATERNO CANCER CEREBRAL, ABUELA MATERNA HIPERTENSA, ABUELO MATERNO DIABETES. MADRE REFIERE TENER EPISODIOS DE DIFICULTAD AL RESPIRAR, SENSACIÓN DE AHOGO Y TOS POSTERIOR A LA INGESTA DE COLORANTES, AL ESTAR CERCA DEL POLVO Y LA TELA DE LANA HACE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS. NO REFIERE NAUSEAS. NO VOMITOS, NO FIEBRE. PACIENTE CONSCIENTE, COLABORADOR Y ACTIVO, AFEBRIL A LA CONSULTA, AL EXAMEN FISICO SE PALPA NODULO LINFATICO AGRANDADO EN CUELLO ANTERIOR LADO DERECHO REFIERE QUE NO DESAPARECE, AL EXAMEN ORAL SE VISUALIZAN AMIGDALAS AGRANDADAS, SE INDICAN EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ADENOMEGALIA LOCALIZADA	R590	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-10	13:47	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2024-10-10	13:47	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	