

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	GUERRERO	KIARA NOHEMI	10	11	2019	4 años, 10 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353263666	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	098-035-1740 /
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	1353263666	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	09	11
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

ACUDE AL CONTROL JUNTO A SU MADRE LA CUAL REFIERE QUE SU HIJA PRESENTA DEPOSICIONES BLANDAS, DIARREEICA, EN NUMERO DE 4 A 6 EN 24 HORAS, DE TRES DIAS DE EVOLUCION, EN TRATAMIENTO POR EL CENTRO DE SALUD TIPO . AL MOMENTO SE PRESENTA BIEN HIDRATADA, ACTIVA, ELECTIVA, DE BUEN TONO MUSCULAR ADECUADO, COLORACIÓN ROSADA, A FEBRIL, REFLEJO NORMAL PARA LA EDAD, HITOS DEL DESARROLLO ACORDE A LA EDAD, TEST DENVER NORMAL. PACIENTE PRESENTA ESTRABIAMO COVERGENTE, MADRE COLICITA REFERENCIA PARA VALORACION POR PEDIATRIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DESVIACION DE MIRADA HACIA LA LINEA MEDIA.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTRABISMO, NO ESPECIFICADO	H509	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-11	10:51	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	

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