

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	PAZMIÑO	LUCAS GAEL	29	11	2019	5 años, 2 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353277187	MANABI	CHONE	RICAUORTE	AGUA BLANCA DE SAN GABRIEL y SD	095-900-9718 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1353277187	RICAUORTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	02	04
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. APP: NO REFIERE. APF: QUISTES EN LOS RIÑONES PADRE; APQX: NO REFIERE. ALERGIA: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE ACOMPAÑADO DE SU MADRE QUIEN REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA OTORREA DERECHA ACOMPAÑADO DE OTALFIA, REFIERE A SU VEZ INFECCIONES OTICAS A REPETICION EN LOS ULTIMOS 3 MESES, SE REALIZA VISUALIZACION DE OIDO DONDE SE OBSERVA ABUNDANTE CANTIDAD DE MATERIAL PURULENTO QUE CAUSA DOLOR A LA INSPECCION, A SU VEZ MADRE REFIERE HABER IDO A LA UNIDAD TIPO C DE CHONE DONDE HACE 1 SEMANA ENVIARON TRATAMIENTO ANTIBIOTICO. AL EXAMEN FÍSICO EN OTALGIA SE EVIDENCIA EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO ERITEMA Y PUS EN CANAL AUDITIVO, NO REFIERE FIEBRE. PLAN: 1) MEDIDAS GENERALES 2) RECOMENDACIONES 3) PARACETAMOL 150MG/5ML DAR 9 ML CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS 4) IBUPROFENO 200MG/5ML DAR 5 ML CADA 8 HORAS POR 3 DIAS 5) SE MANDA GOTERO OTICO ANTIBIÓTICO 6) REFERENCIA ORL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTITIS MEDIA TUBOTIMPANICA SUPURATIVA CRONICA	H661		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-04	09:15	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
2025-02-04	09:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

