

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MIA	VALENTINA	DOMINGUEZ TUBAY	16	03	2020	5 años, 9 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353349291	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL VERDUM y	099-837-9690 /
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	1353349291	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	01	12
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

☐

ALERGIA QUE SE DES CONOCE EL AGENTE DE ENCADENANTE

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE PREESCOLAR FEMENINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR ANTECEDENTE DE EPISODIOS RECURRENTES COMPATIBLES CON REACCIONES ALÉRGICAS, PRESENTADOS EN TRES OCASIONES, CARACTERIZADOS POR APARICIÓN SÚBITA DE LESIONES TIPO URTICARIA GENERALIZADAS, PRURIGINOSAS. EN UNO DE LOS EPISODIOS SE ASOCIÓ DIFICULTAD RESPIRATORIA POSTERIOR A LA ADMINISTRACIÓN DE LORATADINA; EN LOS OTROS DOS EPISODIOS LA MADRE DESCONOCE EL AGENTE DE ENCADENANTE. REFIERE ADEMÁS ANTECEDENTES DE EPISODIOS PREVIOS CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES, DE INICIO AGUDO Y RESOLUCIÓN POSTERIOR CON TRATAMIENTO MÉDICO, SIN LOGRAR IDENTIFICAR CON CLARIDAD EL FACTOR CAUSAL. NIEGA FIEBRE, SÍNTOMAS RESPIRATORIOS INFECCIOSOS ASOCIADOS O ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0998379690

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-12	09:11	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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 clínico

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
2026-01-12	09:11	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

