

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	DELGADO	ROSMERY ARLETH	15	06	2020	4 años, 6 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353404187	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CAMARETA y NN	099-727-4567 / (99)-999-9999
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	1353404187	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	12	17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINO DE 4 A DE EDAD, AP: CUADROS DE POSIBLE DERMATITIS, ACUDE A CITA MEDICA POR CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EPISODIOS DE TOS SECA, CASI DIARIOS, MADRE REFIERE QUE EN CIERTOS CASOS CUADRO DE TOS GENERA VOMITOS, A SU VEZ REFIERE QUE YA HA TRATADO CON DISTINTOS TRATAMIENTOS: ANTIHISTAMINICOS, Y NO HA HABIDO MEJORIA ALGUNO, SE TRATO UN PERIODO CON MONTELUKAST, SIN EMBARGO MADRE MANIFIESTA QUE YA NO GENERA MISMO ALIVIO. MADRE TAMBIEN REFIERE QUE PACIENTE RONCA POR LAS NOCHES. AL EXAMEN FISICO DESTACA PRESENCIA DE AMIGDALAS HIPERTROFICAS G2, VIA AEREA SUPERIOR: NO ESTRIDOR. CSPA: BIEN VENTILADOS NO SIBILANCIAS. RESTO DE EXAMEN FISICO SIN SIGNOS DE PATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO DESTACA PRESENCIA DE AMIGDALAS HIPERTROFICAS G2, VIA AEREA SUPERIOR: NO ESTRIDOR. CSPA: BIEN VENTILADOS NO SIBILANCIAS. RESTO DE EXAMEN FISICO SIN SIGNOS DE PATOLOGIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-17	22:23	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-12-17	22:23	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

