

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VERA	ALEXANDER JOEL	02	09	2020	4 años, 0 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353459728	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHORRERA MEDIA y X	099-293-7282 /
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	1353459728	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	09	25
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 PEDIÁTRICO MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD, ACUDE TRAI DO POR SU MADRE POR PRESENTAR MASA E INFLAMACION EN REGION DEL CUELLO DE LADO DERECHO DE TRES SEMANAS DE EVOLUCION, ACOMPAÑADO DE FIEBRE. AL MOMENTO AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AL EXAMEN FISICO PRESENTA MASA PALPABLE DE APROX 3-4 CM, NO RUBOR, LEVE DOLOR A LA PALPACION, DENVER NORMAL, PESO NORMAL Y TALLA NORMALES, SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA PARA SU VALORACION
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASA PALPABLE EN REGION CERVICAL DE APROXIMANDAMENTE 3 CM DOLOROSA DE TRES SEMANAS DE EVOLUCION, NO RUBOR, NO CALOR.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
LINFADENITIS INESPECIFICA NO ESPECIFICADA		I889		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-25	10:50	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	 Firmado electrónicamente por: DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE

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
2024-09-25	10:50	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	