

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	PAZ	DOMENICA ANTONELLA	11	09	2020	5 años, 0 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353466962	MANABI	CHONE	RICAUARTE	CHONE y	999-999-9999 /
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	1353466962	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	10	01
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 FEMENINA DE 5 AÑOS ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 24 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA Y ESCALOFRIOS SIN NINGUN OTRO SINTOMA EXAMEN FISICO, CABEZA NORMOCEFALICA, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, SE APRECIA ABCESO EN LADO IZQUIERDO DEL TORAX ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, EXTREMIDADES SIMETRICAS. SE REALIZA REFERENCIA A DERMATOLOGIA POR LESION RECURRENTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ABCESO DOLOROSO

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DEL TRONCO		L022	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-01	11:43	Medicina Rural	MARIA PATRICIA BURGOS FARIAS	1312139205	

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
2025-10-01	11:43	Medicina Rural	MARIA PATRICIA BURGOS FARIAS	1312139205	