

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MURILLO	LOOR	OMAR GAEI	24	09	2020	4 años, 1 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353476706	MANABI	CHONE	CANUTO	OLLA VIEJA y X	099-517-9977 /
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	1353476706	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	11	07
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 MASCULINO DE 4 AÑOS ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE(VIVIANA LOOR) SOLICITA REFERENCIA A PEDIATRIA POR SEGUIMIENTO POR CUADRO DE ALERGIA. APP: NO REFIERE. ALERGIAS: ACAROS . APQ: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. REFIERE DESDE LOS PRIMEROS MESES DE NACIDO CUADROS RESPIRATORIOS CON RINORRE, ESTORNUDOS, PICAZON, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA. ACUDE CON EXAMENES DE INMUNOLOGICOS REALIZADOS EL 12-10-2023: iGe, DERMATOPHAGOIDES FARINAE 2.50. PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE ACTIVO, ELECTIVO, AFEBRIL A LA CONSULTA. PESO Y TALLA NORMAL PARA LA EDAD. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. DENVER NORMAL. NO SIGNOS DE ALARMA. REQUIERE SEGUIMIENTO DE ALERGIA POR PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: IgE Dermatophagoides farinae 2.50

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-07	10:09	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2024-11-07	10:09	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

