

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARBERAN	MUÑOZ	IKER VITTORIO	01	10	2020	5 años, 9 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353481326	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	096-329-7767 /
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	1353481326	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	07	23
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 DE 5 AÑOS APP NO RFIERE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 2 AÑO DE EVOLUCION QUE SE CARACTERIZA POR CONJUNTIVITIS FRECUENTE, EL DIAGNOSTICO YA ESTABLECIDO POR MEDICO PARTICULAR ES INFECCION EN LAS CORNEAS, MADRE TRAE A CONSULTA POR PERSISTENCIA DE DOLOR, MANIFIESTA PRURITO EN LOS OJOS, LE RECOMENDARON LAGRIMAS ARTIFICIALES QUE LE HACIAN EFECTO HIALURONATO SODIO 0.4% Y EPINASTINA CLORHIDRATO 0.05%, EL PROBLEMA PERSISTE. AL MOMENTO ACTIVO REACTIVO AFEBRIL. COLABORA CON INTERROGATORIO. 0963297767 - 0983542038

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONJUNTIVITIS FRECUENTE, 2 AÑOS EVOLUCION, PERSISTENCIA DE DOLOR, MANIFIESTA PRURITO EN LOS OJOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS QUERATITIS	H168	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-23	09:34	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-07-23	09:34	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	