

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	SACON	JEISON AXEL	04	12	2020	4 años, 2 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	1353524794	MANABI	CHONE	RICAUORTE	VIA SAN ISIDRO y	099-847-1329 /
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	1353524794	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	02	18
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 ACUDE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (MADRE) QUIEN ACUDE POR CONTROL DE NIÑO SANO. AL MOMENTO PACIENTE MANIFIESTA PRESENCIA DE EXANTEMA CUTANEO A NIVEL DE TÓRAX Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, MADRE REFIERE QUE EL EXANTEMA APARECIÓ DE MANERA ESPONTANEA, NO IDENTIFICA LA POSIBLE CAUSA. PACIENTE HIDRATADO, MADRE ADEMÁS REFIERE QUE EL NIÑO PRESENTA DOLOR EN AMBAS RODILLAS AL CORRER. CON ADECUADO DESARROLLO NEUROMOTOR SEGÚN ESCALA DE DENVER. SE BRINDAN MICRONUTRIENTES Y VITAMINA A. ASÍ COMO EDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A FAMILIAR. MADRE TAMBIEN REFIERE CEFEALEA CONSTANTE, TENIENDO COMO HISTORIAL CAIDA CUANDO TENIA 9 MESES DE EDAD, CON PERDIDA DE LA CONCIENCIA, SE INICIA TRAMITES DE REFERENCIA PARA PEDIATRIA,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FISICO: DEFORMIDAD EN PIERNAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD EN VALGO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	M210		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-18	11:32	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

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
2025-02-18	11:32	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

