

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUCAS	MEDRANDA	DIDIR AQUILES	12	03	2021	5 años, 2 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353584384	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE 8 DE NOVIEMBRE y	098-390-5865 /
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	1353584384	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	06	09
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

ESCOLAR DE 5 AÑOS QUE ACUDE CON SU PADRE POR PRESENTAR AUMENTO DE VOLUMEN DE LA REGION INGRAMANDIBULAR Y REGION ANTERIOR DEL CUELO LA CUAL SE DESINFLAMA Y APARECE ZONA FLUCTUANTE CON LIGERO ERITEMA Y EQUIMOSIS, LESIÓN DE BORDES IRREGULARES, DESCAMATIVA CON LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN CON ELIMINACIÓN DE LIQUIDO PURULENTO CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 10 MESES DE EVOLUCIÓN PARA LO CUAL A RECIBIDO VARIOS TRATAMIENTOS CON ANTIBIOTICOTERAPIA SIN MEJORIA DEL CUADRO CLINICO; CON LO ANTES DESCRITO SE SOLICITA VALORACIÓN DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: HEMATOCRITO 42, HEMOGLOBINA 12.5

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS INFILTRATIVOS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	L986	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	14:22	Medicina General	JOHANNA ELIZABETH CHINGA BAZURTO	1311700288	

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