

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	VILLAVICENCIO	ELIETTE	14	07	2021	3 años, 3 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353673351	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	000-000-0000 /
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	1353673351	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	11	13
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	☐	trastorno de la digestión / alergia alimentaria / crisis de ausencia ??	

3. Resumen del cuadro clínico

Eliette Loor Villavicencio. Peso 15 kg Talla 95.7 Preescolar de 3 años de edad atendida la semana anterior por presunto cuadro infeccioso gastrointestinal, app de alergia proteína de la vaca. Refiere eritema al consumo de alimentos, salsa de tomate, yogurt, cremas. Refiere cuadros a repetición de episodios diarreicos con distensión abdominal, flatulencia. Se envían laboratorios sin embargo mamá no cuenta con medios para estudios alérgicos. Por lo cual se agenda a segundo nivel, no contamos ni siquiera con lo básico 0987041014 (Mari Villavicencio). 0998578007 solo ws. Paciente refiere que hija se para sobre escalera para lanzarse, dice que se va a matar, irritable, se descontrola, maltrata al hno, además llama la atención episodios de hasta 30 sgs con mirada fija. Refiere app de caída de cama a los 3 meses de edad, con pérdida de conciencia no sabe cuánto tiempo y otorragia a los 24h tomografía cerebral sin patología según informa mamá.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS, NO ESPECIFICADO	F509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-13	12:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2024-11-13	12:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	