

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	BRAVO	ZIARA SOPHIA	10	07	2021	3 años, 4 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353676057	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	IGNACIO ANDRADE y MALECON	097-908-9775 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353676057	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	11	14
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 3 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA CON AMBOS PADRES. PACIENTE EN CONTROLES EN SOLCA POR ENFERMEDAD HEMATOLOGICA (PADRES REFIEREN NO SABER CUAL). AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA REACTIVA, DE BUEN ASPECTO, PIEL Y MUCOSAS NORMOCOLOREADAS Y HUMEDAS. CUELLO SIN ADENOPATIAS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO. PACIENTE CON PESO Y TALLA ACORDE A EDAD Y ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA. PADRES REFIEREN PROBLEMA DERMATOLOGICO EN ESTUDIO MOTIVO POR EL CUAL SOLICITAN REFERENCIA PARA SERVICIO DE DERMATOLOGIA. MANIFIESTAN QUE SUELE APARECER SARPULLIDO PERO QUE DESDE HACE ALGUN TIEMPO SUELEN APARECER LESIONES MAS GRANDES QUE DESAPARECEN Y LUEGO VUELVEN A APARECER. DIAGNOSTICO RECIENTE DE PARASITOSIS E IVU YA EN TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES RESULTADOS DE BIOMETRIA HEMATICA. // COPROPARASITARIO: ENTAMOEBA HYSTOLITICA ++, GIARDIA LAMBLIA + // UROANALISIS: BACTERIAS ++, LEUCOCITOS POSITIVOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	L209		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-14	08:42	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

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
2024-11-14	08:42	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

