

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TALLEDO	TALLEDO	MARIO ISMAEL	08	09	2021	3 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	1353714106	MANABI	CHONE	CANUTO	HUESO DE VACA y X	096-994-2193 /
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	1353714106	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	12	02
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 PREESCOLAR DE SEXO MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD Y 2 MES ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN BRAZOS DE SU MADRE (CARMEN TALLEDO SANTOS) PARA CONTROL DE NIÑO SANO. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO Y REACTIVO AL MANEJO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO AFEBRIL; CABEZA: NORMOCEFALICA, CONJUNTIVAS: ROSADAS, PUPILAS: ISOCORICAS NORMOREACTIVAS; NARIZ: PERMEABLE; BOCA: OROFARINGE NO ERMEMATOSA, DIENTES EN BUEN ESTADO; CUELLO: SIMETRICO, MÓVIL, NO ADENOMEGALIAS; TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBILIDAD CONSERVADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PULMONES: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO SE AUSCULTAN RUIDOS SOBREAÑADIDOS, CORAZÓN: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS; ABDOMEN: RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, SUAVE, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION; REGIÓN INGUINO GENITAL: GENITALES EXTERNOS MASCULINOS, TESTÍCULOS EN ESCROTO, EXTREMIDADES SIMETRICAS. TALLA BAJA PARA LA EDAD, PESO ACORDE A LA EDAD. SE ENTREGA MICRONUTRIENTES. CONTROL SUBSECUENTE EL PROXIMO MES. MADRE REFIERE QUE EL 7 DE SEPTIEMBRE DEL PRESENTE AÑO, SU HIJOPRESENTO DOLOR PRECORDIAL QUE SE EXTENDIO POR 5 DIAS ACOMPAÑADO DE CANSANCIO. EN BASE A LO REFERIDO POR LA MADRE, SE SOLICITA REFERENCIA A AREA DE PEDIATRIA POR CONSULTA EXTERNA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HGB 11.8 MGç/DL , HTO 37.7, PLAQ 395. LEU 7

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR PRECORDIAL	R072	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-02	09:01	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

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
2024-12-02	09:01	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	