

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SABANDO	BARBARA ISABELLA	13	01	2022	2 años, 10 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353799552	MANABI	CHONE	CANUTO	CHORRERA ADENTRO y X	098-085-6188 /
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	1353799552	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2024	11	25
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 2 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR CONTROL DE NIÑO SANO Y SOLICITUD DE REFERENCIA A PEDIATRIA. APP: NO REFIERE. ALERGIAS: POLVO. APQ: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. REFIERE TOS Y RINORREA HACE UNA SEMANA APROXIMADAMENTE. MADRE MENCIONA LESIONES DERMATOLOGICAS EN LA PACIENTE LAS CUALES LE PRODUCEN PICAZON CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE UN MES DE EVOLUCION, MENCIONA ADEMAS QUE ESTUVO EN TRATAMIENTO ANTERIORMENTE CON MEDICACION LA CUAL NO RECUERDA EXACTAMENTE, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE ACTIVA, ELECTIVA, AFEBRIL A LA CONSULTA. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA PEQUEÑAS ERUPCIONES PURIGINOSAS EN BRAZOS, TORSO Y PERNAS DE COLOR ROJO OSCURO. PESO Y TALLA NORMAL PARA LA EDAD. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. DENVER NORMAL. SIN SIGNOS DE ALARMA. SE SOLICITA VALORACION POR PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-25	00:27	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2024-11-25	00:27	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

