

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VERGARA	JOBANA VALENTINA	30	01	2022	2 años, 8 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353809732	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV CARLOS ALBERTO ARAY y 098-484-4399 / (99)-999-9999
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	1353809732	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	Pediatría	2024	10	16
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 2 AÑOS 8 MESES ES TRAI DO AL CONTROL MEDICO POR LA MADRE, PACIENTE PRESENTA MASA DE APROXIMADAMENTE 1 CENTIMETRO DE DIAMETRO EL CUAL ES MOVIL E INDOLORA DE CONSISTENCIA EN REGION OCCIPITAL DERECHA DE 8 DIAS DE EVOLUCION MEDIDAS ANTROPOMETRICAS ADECUADAS, EXAMEN PSICOMOTOR NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, CUELLO SIN ADENOPATIAS, MASA PALPABLE EN REGION OCCIPITAL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, EXTREMIDADES SIMETRICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: TOXOPLASMA IG IM NEGATIVO CITOMEGALOVIRUS IGM IGG NEGATIVO QUIMICA: TGO 50 TGP 16 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCOCITOS 6.57 HEMOGLOBINA 13 PLAQUETAS 373

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN LA CABEZA	R220	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-16	11:32	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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
2024-10-16	11:32	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	