

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	QUIROZ	BRYAN JAVIER	19	02	2022	3 años, 0 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353822982	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EGDI MARIA y	096-843-4451 / (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	1353822982	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		2025	03	18
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

MASCULINO DE 3 AÑOS QUE ES ATENDIDO POR CONTROL EN BRAZOS DE SU MADRE AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICO, MUSOSAS HUMEDASSIN PALIDEZ, CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, CON PESO (SOBREPESO) Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD. PRESENTA ABCESO RECURRENTE EN REGION TORACICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENTA ABCESO RECURRENTE EN REGION TORACICA RECURRENTE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTROS QUISTES FOLICULARES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO		L728	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	16:04	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	 Firmado electrónicamente por: DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE

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
2025-03-18	16:04	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	