

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	IBARRA	ARIANA SARAHI	21	04	2022	2 años, 7 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353863960	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA MARIO LOOR y	098-139-7695 /
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	1353863960	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CORDOBA	Consulta externa	Pediatría	2024	11	22
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 clinico

PACIENTE DE 2 AÑOS ACUDE EL DIA DE HOY CON SU MAMA POR PRESENTAR UN DOLOR INESPECIFO DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO + DEBILIDAD FISICA DESDE HACE 3 SEMANAS.ACUDE EL DIA DE HOY CON EXAMEN DE HECES QUE REPORTA HECES VERDOSA PASTOSA CON PARASITOS INEXISTENTES. ACUDIO ANTERIORMENTE CON EXAMENES DE LABORATORIO DE SANGRE QUE REPORTARON: GB 7.06 NEUTROFILOS 36.9 LINF 50% G.R. 4.38 HB 11.9 HTO 34.2 VCM 78.1 HCM 27.2 PLAQUETAS 36.7

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GB 7.06 NEUTROFILOS 36.9 LINF 50% G.R. 4.38 HB 11.9 HTO 34.2 VCM 78.1 HCM 27.2 PLAQUETAS 36.7

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIOSITIS, NO ESPECIFICADA	M609	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-18	09:47	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

Firmado electrónicamente por:
JOHNNY ISAIAS
JACOME MONCAYO

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 clínico

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
2024-11-18	09:47	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	