

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHALACAMA	ANCHUNDIA	ARIBESTH YAMILCA	29	05	2022	2 años, 6 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353889155	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO LAS PLAYITAS y	098-538-0944 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353889155	SAN ANTONIO	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	☐	SIBILANCIAS RECURRENTES.	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE DESDE HACE 2 MESES PRESENTA CUADROS DE RINORREA, HACE 18 DÍAS ESTUVO EN EMERGENCIA EN CUADRO COMPATIBLE CON CRUP SEGÚN HORA DE REFERENCIA EN EL CUAL SE ADMINISTRÒ DOSIS DE METILPREDNISOLONA 24 MG Y CICLOS CON SALBUTAMOL AUNQUE FUÈ DADA DE ALTA COMO CRUP, ACTUALMENTE PAPÀS REFIEREN NUEVO CUADRO DE TOS DESDE HACE 48H SIN FIEBRE ACOMPAÑADO DE RINORREA, QUE MEJORÒ ANOCHE CON DEXAMETASONA AUTOMEDICADA POR MAMÀ Y CICLOS CON BETA2, APF DE AMBAS ABUELAS CON ASMA. PCT CON APP DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y ANEMIA. A LA AUSCULTACIÓN NO ESTRIDOR, SI SIBILANCIAS EN AMBOS CAMPO PULMONAR IZQUIERDO, NO DISTRÈS, NO ALETEO NASAL. 0986338653

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	J209		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-02	09:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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	09:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

