

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINARGOTE	VERA	ANGELO ISMAEL	12	07	2022	2 años, 6 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	1353919390	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CORRALES	099-907-7521 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353919390	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	02	07
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 MASCULINO DE 2 A DE EDAD, AP: EPISTAXIS DESDE TEMPRANA EDAD , AQX: NR, AF: PADRE EPISTAXIS (NO INVESTIGADA), ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE MADRE POR MOTIVO DE CUADROS DE EPISTAXIS, MENCIONA QUE OCURREN MULTIPLES VECES INCLUSO CUANDO ESTA DURMIENDO, NO PRESENTA SANGRADOS EN OTROS SITIOS. TRAE EXAMENES PEDIDOS EN CONTROL PASADO (NO TRAE BIOMETRIA): TP: 24 (VN: 10-14), TTP: 39.2 (32-35), INR: 2.6 (0.9-1.3).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE MASCULINO DE 2 A DE EDAD, AP: EPISTAXIS DESDE TEMPRANA EDAD , AQX: NR, AF: PADRE EPISTAXIS (NO INVESTIGADA), ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE MADRE POR MOTIVO DE CUADROS DE EPISTAXIS, MENCIONA QUE OCURREN MULTIPLES VECES INCLUSO CUANDO ESTA DURMIENDO, NO PRESENTA SANGRADOS EN OTROS SITIOS. TRAE EXAMENES PEDIDOS EN CONTROL PASADO (NO TRAE BIOMETRIA): TP: 24 (VN: 10-14), TTP: 39.2 (32-35), INR: 2.6 (0.9-1.3).

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS DEFECTOS ESPECIFICADOS DE LA COAGULACION	D688		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-07	07:35	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-02-07	07:35	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

