

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLEDISPA	ZAMBRANO	JACOB SABIHEL	22	08	2022	3 años, 2 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353948290	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RAYMUNDO AVEIGA y RAYMUNDO AVEIGA	098-684-6079 /
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	1353948290	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	11	17
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

PREESCOLAR DE 3 AÑOS DE EDAD ACUDE CON ACOMPAÑAMIENTO MATERNO AL ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO A REPETICION DE INFECCION A NIVEL OCULAR (+/- 10 VECES) SIENDO LA ULTIMA HACE 4 DÍAS CARACTERIZADA POR LESIÓN EN PARPADO DERECHO ERITEMATOSA, ACOMPAÑADA DE EDEMA DE PARPADO + ALZA TERMICA RECURRENTE DESDE NACIMIENTO ATE CUALQUIER ESTIMULO O STRESS. MADRE REFIERE QUE NECESITA VALORACION OFTALMOLOGICA. EXAMENES DE LABORATORIO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. HITOS DEL DESARROLLO NO ACORDES A LA EDAD EN LAS AREAS MOTORA, DEL LENGUAJE, SOCIAL Y COGNITIVA, MOSTRANDO INTERACCIÓN INADECUADA CON EL ENTORNO, DIFICULTAD PARA LA MARCHA E INESTABILIDAD A LA BIPEDESTACION. PACIENTE EN TERAPIA DE ESTIMULACION TEMPRANA. AL MOMENTO NO RESPONDE AL LLAMADO, NO OBEDECE ORDENES, FORMULACION CONFUSA Y DISMINUIDA DE FRASES Y PALABRAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENCIA DE LESION A NIVEL DE PARAPDO INFERIR, ERITEMATOSA + ERUPCIONES CUTANEAS EN RSTRO Y CUELLO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CALACIO [CHALAZION]	H001		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-17	11:07	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 FIRMA Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-17	11:07	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

