

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	SILVA	AYNARA PAULINA	12	11	2022	2 años, 8 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354004838	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SUSANA LETOR y	098-772-9132 /
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	1354004838	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	07	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

PACIENTE PREESCOLAR FEMENINO DE 2 AÑOS Y 8 MESES CON APP: NO REFIERE; APF: ABUELA MATERNA CON HTA; AQX: NO REFIERE; HÁBITOS: DIETA BALANCEADA; ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A LA CONSULTA ACOMPAÑADA DE SUS PADRES PARA CONTROL MÉDICO DE RUTINA. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ACTIVA/REACTIVA COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA VALORACIÓN DE PACIENTE INFANTE FEMENINO DE 2 AÑOS QUIEN ACUDE PARA CONTROL MÉDICO DE RUTINA. SE REALIZA EXAMEN FÍSICO ENCONTRÁNDOSE PEQUEÑA MASA EN REGIÓN DEL CUELLO DEL LADO IZQUIERDO CON CARACTERÍSTICAS: BLANDO, MÓVIL, NO DOLOROSO, DE BORDES REGULARES, SIN CAMBIOS DE TEMPERATURA. ANTE LA SOSPECHA DE UNA LINFOADENITIS DE CUELLO SE REALIZÓ ORDEN DE ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO PARA DESCARTAR PATOLOGIA PERO SE REQUIERE DE VALORACION POR PEDIATRIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LINFADENITIS AGUDA DE CARA, CABEZA Y CUELLO	L040		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-18	15:21	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

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
2025-07-18	15:21	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

