

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| MUGUERZA         | MOREIRA          | MARVIN MARCELO | 05                  | 11  | 2022 | 2 años, 0 meses, 3 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354015966        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | BOYACA y                     | 999-999-9999 /      |
| 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                 | 1354015966                               | BOYACA                   | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Pediatría    | 2024           | 11  | 08  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD POR CONTROL DE NIÑO SANO , MADRE REFIERE QUE EN MARZO DEL ACTUAL AÑO FUE PRODUCTO DE UNA QUEMADURA TÉRMICA, ACTUALMENTE SE EVIDENCIA LIMITACION AL MOVIMIENTO AL ABRIR EL TERCER , CUARTO Y QUINTO DEDO DE MANO IZQUIERDA LO CUAL LE PRODUCE DIFICULTAD AL AGARRAR OBJETOS Y SE ACOMPAÑA CON DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD POR LO CUAL SE DECIDE EMPEZAR TRAMITES DE REFERENCIA PARA MEJOR MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LIMITACION AL MOVIMIENTO AL ABRIR EL TERCER , CUARTO Y QUINTO DEDO DE MANO IZQUIERDA LO CUAL LE PRODUCE DIFICULTAD AL AGARRAR OBJETOS Y SE ACOMPAÑA CON DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| QUEMADURA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, GRADO NO ESPECIFICADO | T230   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-08 | 10:39 | Medicina Rural | ARELLYS JACQUELINE ZAMORA PACHAY | 1315357176 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-08 | 10:39 | Medicina Rural | ARELLYS JACQUELINE ZAMORA PACHAY | 1315357176 |       |