

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ORDÓÑEZ	GRIEZMANN EZEQUIEL	26	01	2023	2 años, 0 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354061507	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA SANTA FE 200 y	094-946-3889 / (99)-999-9999
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	1354061507	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	01	27
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 AÑOS DE EDAD, NACIDO POR CESAREA (TAQUICARDIA FETAL) A LAS 39 SEMANAS DE GESTACIÓN, QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR CONTROL DE NIÑO SANO. AL MOMENTO REFIERE QUE SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICO, DESCANSA BIEN, BUEN APETITO. MENCIONA HOSPITALIZACION DESDE EL 21/01/25 HASTA EL 6/01/25 POR GASTROENTERITIS + FARINGOAMIGDALITIS. TRTAMIETO DE ALTA: AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 3.5 ML C8H X5D, MOMETASONA 1 PUFF C12H, LEVOCETIRIZINA 20 GG X5D. MADRE TRAE CARNE PARA REGISTRO DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS. NIÑO SANO CON TENDENCIA DE CRECIMIENTO APROPIADO (PESO Y TALLA ADECUADO PARA LA EDAD) + DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL SIN SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL NI RIESGO SOCIAL + ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO DE ACUERDO A LA EDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARA SU SEGUIMIENTO POST-HOSPITALIZACION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	J039		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-27	12:05	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-01-27	12:05	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

