

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOMEZ	ESMERALDAS	ASHLY ROSAURA	15	04	2023	1 años, 9 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354116160	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CERRO DE RIO GRANDE y	098-640-0867 / (99)-999-9999
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	1354116160	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	08
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PEDIÁTRICO DE 1 AÑO 9 MESES DE EDAD, ACUDE A SU CONTROL DE NIÑO SANO JUNTO A SU MADRE. SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, MADRE NIEGA FIEBRE, NÁUSEA, VÓMITO, MALESTAR GENERAL, FALTA DE APETITO, DECAIMIENTO U OTRAS DOLENCIAS. EXAMEN FÍSICO: ESTRABISMO DIVERGENTE EN OJO DERECHO, SE SOLICITA VALORACIÓN DE OFTALMOLOGÍA. SE ALIMENTA MEDIANTE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, BUENA TOLERANCIA, DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DESARROLLO PSICOMOTOR (DENVER): NO DICE MÁS DE 3 PALABRAS, EL RESTO DE PARÁMETROS ACORDE A LA EDAD, POR LO CUAL SE ENVÍA ESTIMULACIÓN TEMPRANA. DUERME BIEN. VACUNACIÓN: INCOMPLETA PARA LA EDAD (TRAE CARNET). DATOS ANTROPOMÉTRICOS: GANANCIA DE PESO Y TALLA ACORDE A LA EDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PLAN: ASESORÍA DE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA E HIDRATACIÓN ADECUADA, ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN MSP (VACUNACIÓN DE INFLUENZA), ASESORÍA DE HIGIENE Y SALUD BUCODENTAL, ASESORÍA LACTANCIA MATERNA. MULTIVITAMÍNICOS + MICRONUTRIENTES 15 SOBRES, DISOLVER 1 SOBRE EN ALIMENTO SEMISÓLIDO (NO EN LÁCTEOS, JUGO O SOPA) Y RETINOL 200.000 UI VÍA ORAL. (NO SE ENTREGA POR FALTA DE MEDICINA EN LA UNIDAD). EVITAR USO DE PANTALLAS DIGITALES. SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL DENGUE, COVID 19 Y EXPOSICIÓN EXCESIVA AL SOL. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA: RECHAZO AL ALIMENTO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, LETARGO O IRRITABILIDAD, FIEBRE O HIPOTERMIA, CAMBIOS DE COLORACIÓN DE LA PIEL. REFERENCIA A ESTIMULACIÓN TEMPRANA (LUGAJE) Y REFERENCIA PARA OFTALMOLOGÍA (ESTRABISMO). CONTROL SUBSECUENTE EN 3 MESES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTRABISMO, NO ESPECIFICADO	H509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-08	12:12	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-02-08	12:12	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	