

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	ZAMBRANO	CARLOS ZAID	23	04	2023	2 años, 5 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354123133	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SN y SN	095-911-0082 /
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	1354123133	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	10	06
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

PEDIATRICO MASCULINO DE 2 AÑOS 5 MESES A QUIEN SE REALIZA ATENCIÓN POR CONTROL DE NIÑO SANO AL MOMENTO ESTABLE A FEBRIL HITOS DEL DESARROLLO ADECUADOS A LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO, CON PESO Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD, SE REMITE A PEDIATRIA PARA VALORACION DE FRENILLO Y DE MASAS EN REGION INGUINAL IZQUIERDA EN ULTRASONIDO LO DESCRIBEN COMO NODULO SUBCUTANEO CON CONTORNO REGULAR Y ENCAPSULADO CON AREA CENTRAL AL MAPEO DOPLES PRESENCIA DE FLUJO CENTRAL A NIVEL ILEAR COMPATIBLE CON GANGLIOS HIPERTROFICOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE PALPA MASA EN AMBAS REGIONES INGUINALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS NO INFECCIOSOS DE LOS VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS	I898	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-06	13:27	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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 clínico

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
2025-10-06	13:27	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	