

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESMERALDA	CEDEÑO	ANGEL ALEXIS	10	05	2023	1 años, 10 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354135939	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL CERRO PAJA DE LA VIRGEN y	098-481-7162 /
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	1354135939	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	03	17
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 DE 1 AÑO Y 10 MESES DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE ALIMENTACIÓN VARIADA CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. ESTADO NUTRICIONAL: PESO NORMAL/SEGUIMIENTO Y TALLA NORMAL PARA LA EDAD, SU DESARROLLO PSICOMOTOR ES ADECUADO. AL MOMENTO SU MADRE QUIEN REFIERE MASA EN AREA UMBILICAL QUE EMPEORA CON EL ESFUERZO FISICO. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA MASA UMBILICAL, A LA PALPACIÓN DEFECTO DE PARED REDUCIBLE, RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. MADRE REFIERE AUN EN ESPERA PARA TURNO A PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HERNIA UMBILICAL REDUCTIBLE. NUMERO: 0969375664 / 0984817162

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K429		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	09:58	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-03-17	09:58	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	