

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RAMOS	SAAVEDRA	MARIA MONSERRATE	13	06	2023	1 años, 3 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354162982	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHEZ y	999-999-9999 / (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	1354162982	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	09	24
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 FEMENINA DE 1 AÑO 3 MESES DE EDAD NACIDA A LAS 39 SEMANAS POR CESAREA (MADRE NO RECUERDA POR QUE). TRAIDA A VALORACION EN COMPAÑIA DE SU MADRE, QUIEN SOLICITA EMISION DE REFERENCIA. ENTRE LOS ANTECEDENTES DESTACAN ABULTAMIENTO EN HEMITORAX DERECHO QUE COINCIDE CON COSTILLA FLOTANTE SEGUN VALORACION RADIOGRAFICA Y ECOGRAFICA. PRESENTE DESDE EL NACIMIENTO. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, HIDRATADA, LLEVA UNA VIDA CON TOTAL NORMALIDAD PERO MADRE INSISTE EN SOLICITAR REFERENCIA PARA VALORACION POR PEDIATRIA. LA REFERENCIA ANTERIOR MADRE MENCIONA QUE PERDIO LA CITA POR LA MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA DE TORAX: COSTILLA FLOTANTE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DE LAS COSTILLAS	Q 766		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-24	12:48	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
2024-09-24	12:48	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	