

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	SANTISTEBAN	SOFIA GUADALUPE	06	07	2023	2 años, 1 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354181784	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PICHINCHA y 1ERO DE MAYO	096-402-7703 / (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	1354181784	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	08	23
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 PEDIÁTRICO DE 2A DE EDAD, ACUDE A CITA MEDICA EN COMPAÑIA DE MADRE, SON CONTACTO DE PACIENTE DIAGNOSTICADA CON TUBERCULOSIS (ABUELA), ACTUALMENTE YA NO RESIDE EN MISMA AREA, TOMO POR VARIAS SEMANAS TTO PREVENTIVO SIN EMBARGO NO LO COMPLETO POR EFECTOS SECUNDARIOS. SE ENCUENTRA ACTIVA, REACTIVA, MADRE REFIERE QUE HA NOTADO CUADRO ESPORADICO DE LARGA EVOLUCION DONDE LA NIÑA PRESENTA DISPEPSIA, METEORISMO Y DISTENSION ABDOMINAL.EN CIERTAS OCASIONES SE ACOMPAÑA DE MACULAS ERITEMATOSAS. AL INTERROGATORIO DIRIGIDO MADRE REFIERE QUE NO HA NOTADO SI ALGUN ALIMENTO GENERE SINTOMATOLOGIA DESCRITA. SE ALIMENTA MEDIANTE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, NO LACTANCIA MATERNA, DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DESARROLLO PSICOMOTOR (DENVER): ACORDE A LA EDAD. DUERME BIEN. EX FISICO: SIN NOVEDADES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TRAE LABS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-23	12:29	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-08-23	12:29	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

