

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	BASURTO	YERRELIN DANIELA	04	08	2023	2 años, 0 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354205062	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BRAVOS CHICO y	096-316-4408 /
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	1354205062	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	08	08
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 2 AÑOS 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. AL MOMENTO SU MADRE QUIEN REFIERE LEVE PROTUBERANCIA EN PARPADO SUPERIOR IZQUIERDO DE UN MES Y MEDIO DE EVOLUCIÓN, QUE HA IDO AUMENTANDO DE TAMAÑO PROGRESIVAMENTE, ACUDE A MEDICO PARTICULAR LA CUAL LE PREECRIBE TOPICO NO ESPECIFICA CUAL, SIN MEJORIA DE SINTOMAS. NIEGA SINTOMAS ASOCIADO A ENFERMEDAD. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA PROTUBERANCIA EN PARPADO SUPERIOR IZQUIERDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO CONJUTIVITIS. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0963129263 // 0963309619

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL OJO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	H588		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-08	14:35	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
2025-08-08	14:35	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	