

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVARRETE	CEDEÑO	SHEILA ELIF	10	10	2023	2 años, 1 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354257972	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CEVALLOS y	098-334-4832 /
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	1354257972	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	11	10
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 2 AÑOS 1 MES DE EDAD, SE REALIZA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. ACUDE CON RESULTADOS DE EXÁMENES SOLICITADOS EN CONSULTA ANTERIOR POR PRESUNTO CUADRO DERMATITIS ALÉRGICA DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA DEFINICIÓN DE MANEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: IgE 309.53 UI/ML COPROLOGICO: NO SE OBSERVAN PARASITOS BIOMETRIA HEMATICA: HB 11.8 HTC 35.4 VCM 80.1 PLAQ 371 PCT 0.30%
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS DE CONTACTO , FORMA Y CAUSA NO ESPECIFICADAS	L259	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-10	10:25	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2025-11-10	10:25	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	