

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMEO	ZAMBRANO	IAN JESUS	21	09	2023	1 años, 4 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354289934	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO y	098-432-5009 /
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	1354289934	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	02	03
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 MASCULINO DE 1 AÑO Y 4 MESES DE EDAD, ES TRAI DO AL CENTRO DE SALUD POR SU VECINO EN ESTADO ETILICO Y TIO. REFIERE CUADRO CLINICO DE 8 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ALZA TERMINCA CUANTIFICADA DE 38 GRADOS CENTIGRADOS ACOMPAÑADO DE MALESTAR GENERAL. ADEMAS FAMILIAR INDICA APARICION DE COSTRA EN PIERNA DERECHA QUE EVOLUCIONA A UNA ULCERA QUE COMPROMETE LA PIEL. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETRO NORMALES , TEMPERATURA ELEVADA, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA EN PIERNA DERECHA LESION QUE COMPROMETE LA DERMIS Y LA EPIDERMIS ACOMPAÑADA RUBOR Y CALOR. AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE SE ENCUENTRE FEBRIL, IRRITABLE, SE SUGIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA PARA MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ULCERA DE MIEMBRO INFERIOR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	L97X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-03	15:36	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

Firmado electrónicamente por:
MARIA PIERINA
MUÑOZ MACIAS

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐



Firmado electrónicamente por:
IRVING ISRAEL
BUITRON NIETO

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
2025-02-03	15:36	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

