

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|---------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| ARTEAGA          | CEDEÑO           | LUCIANA | 29                  | 11  | 2023 | 1 años, 2 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |         | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354302430        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SANTA MARTHA y               | 098-462-8605 /       |
| 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                 | 1354302430      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Pediatría    | 2025  | 01  | 30  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE LACTANTE MAYOR DE 1 AÑO 2 MESES ACUDE A CONTROL MEDICO EN BRAZOS DE SU MADRE, NACIÓ POR PARTO POR CESAREA SIN COMPLICACIONES, ACTUALMENTE CON LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTERIA, EMITE PALABRAS COMO MAMA, PAPA, TETA, GRACIAS, TOMA TRIVISOL, ZINC Y HIERRO, ESQUEMA DE VACUNA COMPLETO PARA LA EDAD, PENDIENTE TRAER RESULTADOS DE EXÁMENES DE SANGRE. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, PRESENTA MANCHAS HIPOCROMICAS EN PIEL EN REGION DE ESPALDA Y MIEMBROS INFERIORES, YA EN TRATAMIENTO CON KETOCONAZOL EN CREMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE LACTANTE MAYOR CON MICOSIS EN PIEL DESDE HACE 7 MESES QUE YA HA ESTADO EN TRATAMIENTO CON CLOTRIMAZOL Y ACTUALMENTE CON KETOCONAZOL, CON MANCHAS HIPOCROMICAS PERSISTENTES QUE SE HAN EXTENDIDO A REGION DE ESPALDA Y MIEMBROS INFERIORES.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------|--------|-----|-----|
| MICOSIS SUPERFICIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION | B369   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-30 | 10:14 | Medicina Rural | DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE | 1315419885 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |