

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	GUILLEN	MILAGRO SOFIA	25	03	2024	0 años, 8 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354368472	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	NO APLICA y	098-686-2805 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1354368472	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	12	04
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 8 MESES DE EDAD ES TRÁIDA A ESTA CASA DE SALUD POR SU MADRE POR CLÍNICA DE APROXIMADAMENTE 12 HORAS DE EVOLUCIÓN QUE SE CARACTERIZA POR ALZA TÉRMICA NO CUANTIFICADA . MADRE REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 3 SEMANAS PACIENTE INGRESA POR LA EMERGENCIA AL HOSPITAL GENERAL DE CHONE POR CLÍNICA CARACTERIZADA POR ALZA TÉRMICA DE 40°C, SE MANTUVO HOSPITALIZADA DURANTE 10 DÍAS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA. ES DADA DE ALTA CON MEJORÍA CLÍNICA Y SE MANTIENE CON TERAPIAS RESPIRATORIAS. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, CON ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A SU EDAD, SE ENCUENTRA AFEBIRL, NO SE EVIDENCIA DISTRÉS RESPIRATORIO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE EN REQUERIMIENTO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR PEDIATRÍA. PRESENCIA DE ESTERTORES CREPITANTES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	J189	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-04	10:37	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2024-12-04	10:37	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

