

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	LOOR	SCARLETH AHINOA	01	06	2024	0 años, 9 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354413310	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE CERO y	098-523-4067 /
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	1354413310	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	03	11
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

LACTANTE MENOR DE 9 MESES DE EDAD, ES TRAÍDA POR SU MAMA A CONSULTA MEDICA PARA CONTROL DE NIÑO SANO, CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, HITOS DEL DESARROLLO ACORDE A LA EDAD, REFIERE LESIONES DÉRMICAS EN PLIEGUES. VACUNACIÓN INCOMPLETA,. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, ORIENTADA, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENTA LESIONES DERMICAS ERITOMATOSAS EN PLIEGUES DESDE EL PRIMER MES DE VIDA, QUE NO LE SANAN ANTE TRATAMIENTO CON PEDIATRIA. SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GLOBULOS BLANCOS 10.6, HEMOGLOBINA 12.2, PLAQUETAS 414

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ERITEMA INTERTRIGO	L304		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	13:23	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 clínico

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
2025-03-11	13:23	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	