

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLA	CHAVEZ	JEAN LUCAS	05	07	2024	0 años, 5 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354436691	MANABI	CHONE	SANTA RITA	9 DE OCTUBRE y EMILI HIDALGO	096-906-9381 / (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	1354436691	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	12	08
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 5 MESES DE EDAD ACUDE A CITA EN COMPAÑIA MADRE, AP: PECTUS EXCAVATUM,AF: NO REFIERE. AL MOMENTO REFIERE CUADRO DE TOS DE 5 D APROXIMADAMENTE, SIN FIEBRE, REFIERE HABER PRESENTADO VOMITOS, LLEVO A ATENCION PARTICULAR.DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES. ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO, TEST DE DENVER NORMAL, CURVAS DE CRECIMIENTO ACORDE A LA EDAD. ALIMENTACION:LACTANCIA MIXTA. AL EXAMEN FISICO DESTACA LA PRESENCIA DE PECTUS EXCAVATUM (MADRE REFIERE QUE NO SE ASOCIA A NINGUNA SINTOMATOLOGIA NI SIGNO DE ALARMA), RSCS: RTIMICOS NO SE AUSCULTAN SOPLOS. CSPS: BIEN VENTILADOS. SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA SEGUIMIENTO DE CASO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO DESTACA PRESENCIA DE PECTUM EXCAVATUM, MADRE REFIERE QU ENO SE ASOCIA A SINTOMATOLOGIA NI SIGNOS DE ALARMA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TORAX EXCAVADO	Q676		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-08	22:36	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-12-08	22:36	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

