

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OLARTE	QUIROZ	LIAN SANTIAGO	25	07	2024	0 años, 2 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354449231	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARQUERO y	098-999-1945 /
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	1354449231	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	10	21
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 PEDIATRICO DE 2 MESES 26 DIAS DE EDAD, ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE RUTINA, AL MOMENTO LACTANTE SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO. SE ALIMENTA CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA, CON BUENA TOLERANCIA, DUERME BIEN, REALIZA DEPOSICIONES NORMALES, CONSERVA DIURESIS. NO REFIERE PRESENTAR SINTOMATOLOGÍA DURANTE LOS ÚLTIMOS DÍAS. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA COLOBOMA DE IRIS IZQUIERDO. TLF 0969516809

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COLOBOMA DEL IRIS	Q130		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-21	17:40	Medicina Rural	EVELYN ALEJANDRA VERDUGA MENENDEZ	2350364754	

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
2024-10-21	17:40	Medicina Rural	EVELYN ALEJANDRA VERDUGA MENENDEZ	2350364754	