

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ESMERALDAS	MYLAN LEONARDO	25	07	2024	0 años, 4 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	1354450189	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NN y NN	096-409-5694 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1354450189	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	2024	11	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

LACTANTE MENOR DE 4 MESES ACUDE EN BRAZOS DE SU MADRE A CONTROL DE NIÑO SANO, PRESENTA LESIONES EN PIEL TIPO PRURIGINOSA EN TODO EL CUERPO MAS MANCHAS HIPOPIGMENTADAS DE DOS MESES DE EVOLUCIÓN, ACOMPAÑADA DE PIEL RESECA Y DESCAMATIVA, PESO Y LONGITUD ACORDE PARA LA EDAD, ESQUEMA DE INMUNIZACION COMPLETO PARA LA EDAD, REFLEJOS DE APRENSIÓN, SUCCIÓN Y BABINSKIY PRESENTE, DENVER NORMAL, SE LE BRINDA ASESORÍA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. AL MOMENTO AFEBRIL, CABEZA NORMOCEFALO, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LACTANTE MENOR DE 4 MESES PRESENTA LESIONES EN PIEL TIPO PRURIGINOSA EN TODO EL CUERPO MAS MANCHAS HIPOPIGMENTADAS DE DOS MESES DE EVOLUCIÓN, ACOMPAÑADA DE PIEL RESECA Y DESCAMATIVA, YA HA SIDO TRATADO POR MEDICINA FAMILIAR Y PEDIATRIA, POR LO QUE REQUIERE EVALUACION POR ESPECIALIDAD DERMATOLOGIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS DERMATOMIOSITIS	M331	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-28	14:46	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
2024-11-28	14:46	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

