

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ANZULES	GEMA LILIEH	09	08	2024	1 años, 4 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	1354458539	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MERCEDES y	096-849-5370 /
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	1354458539	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	12	18
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 FEMENINA DE 1 AÑO 4 MESES - ACUDE A CONSULTA EN BRAZOS DE SU MADRE LA CUAL REFIERE LESIONES DERMICAS EN INGLE Y ZONA VAGINAL ANAL POSTERIOR A GASTROENTERITIS - PRESENTA BUEN ESTADO GENERAL, ACTIVO, SONRIENTE, CAMINA SOLO Y MANEJA OBJETOS CON DESTREZA - TIENE HABLA ESCASA - PESO OBESIDAD Y TALLA ACORDE A LA EDAD, ALIMENTACIÓN VARIADA Y BALANCEADA, CON BUENA ACEPTACIÓN DE TEXTURAS. DEPOSICIONES Y DIURESIS NORMALES
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: TSH 2.9 // T3 6.7 // T4 1.7 BIOMETRIA HEMATICA: GR 4.5 - HGB 10 - HEMATOCRITO 31 - PLAQUETAS 393 - GB 5.4 - NEUTROFILOS 26 - LINFOCITOS 60 - BASOFILOS 0.5 - ALT (SGPT): 39 AST (SGOT): 44
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-18	09:33	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA
MONTES
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-18	09:33	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	