

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CEDEÑO	BRYANNA GUADALUPE	20	08	2024	1 años, 6 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354465534	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA MARGARITA LA PALMILLA y	095-880-5347 /
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	1354465534	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	03	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

☐

ESAVI QUE NO MEJORA POST TRATAMIENTO ANTIINFLAMATORIO Y ANTIBIOTICO

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 1 AÑO 6 MESES DE EDAD QUE ES VALORADO EN CNH, AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN ACTIVO, REACTIVO. MADRE REFIERE ALIMENTARLO ADECUADAMENTE, BUENA TOLERANCIA ORAL. HA PRESENTADO SIGNOS DE ENFERMEDAD MANEJADO POR MEDICO EN ATENCIONES PREVIAS, AL MOMENTO EN TRATAMIENTO SINTOMATICO. AFEBRIL, SE REALIZA CONTROL POR EVENTO SUSCITADO POR VACUNACION, PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTIBIOTIC DE 14 DIAS CON AMOXICILINA + ACID. CLAVULANICO, ANTIINFLAMATORIO, TOPICO Y ORAL, SE REALIZA TERCER CONTROL POST REPORTE DE EVENTO AL MOMENTO LESION ERITEMATOSA, SE EVIDENCIA HEMATOMA AL REDEDOR DE LA REGION DEL SITIO DE PUNCION DE VACUNA, ESCASE, LESION INDURADA, NO MENCIONAN DIFICULTAD PARA CAMINAR PACIENTE SE HA MANTENIDO SIN FIEBRE, SE INDICA MANTENES ZONA AFECTA LIMPIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION CONSECUTIVA A INMUNIZACION	T880		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-18	14:52	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-03-18	14:52	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

