

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CALDAS	MERA	SOLAYLIN	26	08	2024	1 años, 3 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354468942	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MIRAFLORES y	096-322-8068 /
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	1354468942	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	11	27
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 FEMENINO DE 1 AÑO 1 MES DE EDAD, ACUDE A CITA EN COMPAÑIA DE MADRE, AP: ANEMIA EN TTO, RINITIS ALERGICA, AQX: NR, AF: MADRE RINITIS ALERGICA, TOS ASMA. AL INTERROGATORIO MADRE MENCIONA QUE NIÑA PRESENTA RINORREA Y TOS TODAS LAS MAÑANAS Y AUMENTA POR LAS NOCHES MOTIVO POR EL CUAL HA INICIADO TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMINICO 5 GOTAS LEVOCETIRIZINA (DEGRALER) A LA AUSCULTACION LEVE SIBILANCIA, ESQUEMA DE VACUNAS: COMPLETO, TEST DE DENVER: NORMAL. PACIENTE PRESENTA PESO Y TALLA ACORDES A LA EDAD. ALIMENTACION:ALIMENTOS SOLIDOS + LACTANCIA MATERNA, MADRE REFIERE QUE PRESENTA DIFICULTAS CON ALIMENTOS SOLIDOS. DIURESIS Y DEPOSICIONES: NORMALES. AL EXAMEN FISICO: BOCA: SIN LESIONES, AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS. NO EXUDADOS, CUELLO: NO ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX: SIMETRICO, SIN LESIONES,NORMOEXPANSIBLE, CSPS: BIEN VENITLADOS, RSCS: RITMICOS NO SOPLOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MEGALIAS, GENITALES NORMOCONFIGURADOS, EXTREMIDADES: SIMETRICAS, NO LESIONES. EX NEUROLOGICO: NORMAL. SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA PARA MEJOR VALORACION DE CUADRO ALERGICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA, NO ESPECIFICADO	J459	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-27	09:13	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-11-27	09:13	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

