

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MECIAS	MEJIA	MIA SAMARA	04	09	2024	0 años, 5 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354475160	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLEJON 5 JUNIO y	098-130-6699 /
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	1354475160	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	02	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

LACTANTE FEMENINA DE 5 MESES QUE ES ATENDIDA POR CONTROL DEL NIÑO EN SANO EN BRAZOS DE SU MADRE CON ANTECEDENTES DE DERMATITIS ATOPICA, AL MOMENTO ESTABLE A FEBRIL CON ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO, HITOS DEL DESARROLLO NORMAL, ACTIVA, AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALICO, MUCOSAS HÚMEDAS SIN PALIDEZ, CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES CON PESO Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LACTANTE MENOR DE 5 MESES QUE PRESENTA DERMATITIS DESDE LOS 4 MESES DE EDAD, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIAN MANCHAS HIPOCROMICAS EN TORAX Y EXTREMIDADES INFERIORES DESPUES DE CUADRO EXANTEMATICO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	L209	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	15:32	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