

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | FERRIN           | KYLIAMS FABRICIO | 19                  | 11  | 2024 | 0 años, 1 meses, 21 días | Hombre  |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354520460        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CDLA 6 DE DICIEMBRE y        | 098-928-2776 /       |
| 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                 | 1354520460      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Pediatría    |  | 2025  | 01  | 09  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTROL DE NIÑO SANO ACUDE AL CONTROL JUNTO A SU MADRE LA CUAL REFIERE QUE SU HIJO, MANTIENE BUEN REFLEJO DE SUCCIÓN Y TOLERANCIA ORAL, TONO MUSCULAR ADECUADO, COLORACIÓN ROSADA, A FEBRIL, REFLEJO PARA LA EDAD, HITOS DEL DESARROLLO ACORDE A LA EDAD, TEST DENVER NORMAL, REALIZA MICCIÓN Y DEPOSICIÓN CON NORMALIDAD, ALIMENTACIÓN CON LACTANCIA MATERNA MAS FORMULA SE INDICA QUE DEBE SEGUIR CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, ADEMAS ESTUVO HOSPITALIZADO POR 7 DIAS DEBIDO A REACCION ADVERSA A LA VACUNA BGC, FUA VALORADO Y TRATADO POR PEDIATRIA, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, ACTIVO, REACTIVO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OTROS ANALISIS: AUDIOMETRIA: OTOS COPIA OD: CONDUCTO EXTERNO LIBRE, MEMBRANA TIMPÁNICA INTEGRAL / OI: CONDUCTO EXTERNO LIBRE, MEMBRANA TIMPÁNICA INTEGRAL TAMIZAJE AUDITIVO: OTOEMISION ACUSTICA EN PROTOCOLO 5 OD SI PASA, RESPUESTA EN COCLEA Y CÉLULAS CILIADAS BILATERAL OI SI PASA, RESPUESTA EN COCLEA Y CÉLULAS CILIADAS BILATERAL |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------|--------|-----|-----|
| EFFECTOS ADVERSOS DE LA VACUNA BCG | Y580   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL  | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-------------------------|------------|-------|
| 2025-01-09 | 09:17 | Medicina General | JULIO CESAR GARCIA OLEA | 1310810385 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |

