

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	PARRAGA	EITHAN JADIEL	26	12	2024	1 años, 0 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354541227	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PRINCIPAL y	093-959-3309 /
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	1354541227	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría	2026	01	09	
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 LACTANTE MASCULINO DE 1 AÑO ES TRAI DO EN BRAZOS DE SU MADRE POR CONTROL MEDICO GENERAL, AL MOMENTO DE LA CONSULTA MADRE INDICA QUE EL LACTANTE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA APROXIMADAMENTE DESDE LOS 2 MESES CARACTERIZADO POR EDEMA, CALOR, RUBOR A NIVEL DEL DEDO GORDO DEL PIE DERECHO QUE HA IDO EMPEORANDO DESDE HACE 3 MESES, LE HAN DADO TRATAMIENTO Y NO HA MEJORADO. SE ALIMENTA CON LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, DIURESIS Y CATARSIS NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
UÑA ENCARNADA	L600	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-09	09:10	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMAR únicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ 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
2026-01-09	09:10	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	