

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	MARCILLO	CARLOS MUISES	04	01	2025	0 años, 1 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354548537	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SITIO DISLABON y	099-564-7278 /
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	1354548537	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	02	04
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

LACTANTE MENOR SIN APP DE RELEVANCIA, NACIDO A LAS 39.25G,MEDIANTE CESAREA PROGRAMADA, PESO 3000G, TALLA 50CM, PC 35CM, APGAR 10/10 QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL DE NIÑO SANO. REFIERE A LAS 2 SEMANAS POSTERIOR AL NACIMIENTO APARICION DE VARIOS ABCESOS EMPEZANDO POR EL PECHO Y LUEGO DESAPARECEN, DE TAMAÑO VARIADO, MADRE NO INDICA PRESENCIA DE OTRA SINTOMATOLOGIA. SIGNOS VITALES NORMALES, MEDIDAS ANTROPOMETRIAS DENTRO DEL RANGO NORMAL. AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE SE ENCUENTRA ESTABLE, TRANQUILO SIN SIGNOS DE ALARMA. SE SUGIERE VALORACION POR ESPECIALISTA PARA MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE OTROS SITIOS	L028	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-04	10:23	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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/Área		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
2025-02-04	10:23	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	