

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	PEREZ	NN N	21	01	2025	0 años, 1 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354556126	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA JORGE GALLARDO y	093-989-9288 /
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	1354556126	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	03	18
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 MENOR MASCULINO DE 1 MES 25 DÍAS, AL MOMENTO ES TRAÍDO A SU PRIMER CONTROL DEL NIÑO SANO EN BRAZOS DE SU MADRE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE A FEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS,, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, BUEN REFLEJO DE SUCCIÓN Y PATRÓN RESPIRATORIO, ACTIVA BARLOWNEGATIVO, SE EVIDENCIAN MANCHAS HIPOCROMICAS EN TORAX, CUELLO Y GLUTEOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LACTANTE MENOR DE UN MES QUE PRESENTA MANCHAS HIPOCROMICAS EN TORAX, MIEMBROS SUPERIORES, INFERIORES Y GLUTEOS, PPERSISTENTES ANTE TRATAMIENTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS MICOSIS SUPERFICIALES ESPECIFICADAS	B368	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	09:02	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	



Firmado electrónicamente por:
DIANA KATHIUSCA
ZAMBRANO ANDRADE

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
2025-03-18	09:02	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	