

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTILLO	MECIAS	LUZ GIANNA	15	02	2025	0 años, 4 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354571596	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MANUEL DE JEDUS ALVAREZ y	096-977-1467 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1354571596	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	06	16
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 FEMENINO DE 4 M DE EDAD, ACUDE A CITA EN COMPAÑIA DE MADRE, AP:NR, AQX: NR, AF:NR. AL INTERROGATORIO MADRE MENCIONA LLEVAR CONTROL CON PEDIATRIA POR CUADRO DERMATOLOGICO CARACTERIZADO POR MACULAS HIPOCROMICAS EN TORAX. ESQUEMA DE VACUNAS: COMPLETO, TEST DE DENVER: NORMAL. PACIENTE PRESENTA PESO Y TALLA ACORDES A LA EDAD. ALIMENTACION: LACTANCIA MATERNA, MADRE REFIERE QUE PRESENTA BUEN APETITO. DIURESIS Y DEPOSICIONES: NORMALES. AL EXAMEN FISICO: BOCA: SIN LESIONES, AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS. NO EXUDADOS, CUELLO: NO ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX: SIMETRICO, SIN LESIONES, NORMOEXPANSIBLE, CSPS: BIEN VENITLADOS, RSCS: RITMICOS NO SOPLOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MEGALIAS, GENITALES NORMOCONFIGURADOS, EXTREMIDADES: SIMETRICAS, NO LESIONES. EX NEUROLOGICO: NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TRAE LABS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	L998	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-06-16	23:46	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-06-16	23:46	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

