

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVARRETE	BAZURTO	ENZO BENJAMIN	24	06	2025	0 años, 1 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354650416	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV CARLOS ALBERTO ARAY y SN	099-229-0710 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1354650416	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		2025	08	21
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

NEONATO MASCULINO DE 1 MES Y 28 DIAS NACIDO POR PARTO VAGINAL, ES TRAIIDO POR SUS PADRE PARA REALIZAR CONTROL MEDICO DE NIÑO SANO. MADRE REFIERE CUADRO CLINICO DE 6 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LESIONES DERMICAS DESCAMATIVAS EN EL CUERPO Y DESCAMACION EN EL CABELLO. AL MOMENTO ESTABLE A FEBRIL ACTIVO REACTIVO NEURODESARROLLO NORMAL, BUEN REFLEJO DE SUCCION BUEN PATRON RESPIRATORIO, AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICO, MUCOSAS HUMEDAS SIN PALIDEZ, CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, GENITALES NORMALES, BARLOWY ORTOLANI NEGATIVOS CON PESO Y TALLA ADECUADOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTE LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	L309	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	11:03	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMADA ELECTRÓNICAMENTE 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 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
2025-08-21	11:03	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

