

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	ALAVA	MARIA ALEJANDRA	30	07	2025	0 años, 11 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354673244	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIOPUNTO Y FILO y SN	099-267-5744 /
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	1354673244	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	29
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 FEMENINA DE 11 MESES DE EDAD, VALORADA DURANTE CONTROL EN CNH. AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN SE ENCUENTRA ACTIVA, REACTIVA, ALERTA, CON BUEN ESTADO GENERAL Y ADECUADO CONTACTO CON EL MEDIO. MADRE REFIERE ALIMENTACIÓN ACORDE A LA EDAD, CON BUENA TOLERANCIA ORAL, SIN EPISODIOS DE VÓMITO O DIARREA Y CON DIURESIS CONSERVADA. COMO ANTECEDENTE RELEVANTE, HACE 15 DÍAS LA PACIENTE PERMANECIÓ HOSPITALIZADA POR ABSCESO EN REGIÓN FRONTAL, DURANTE CUYO MANEJO SE REALIZÓ DRENAJE Y CULTIVO DE LA SECRECIÓN, REPORTÁNDOSE CRECIMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS. MADRE REFIERE QUE A PESAR DEL TRATAMIENTO RECIBIDO, LA PACIENTE HA CONTINUADO PRESENTANDO ALZAS TÉRMICAS CUANTIFICADAS HASTA 38 °C. AL EXAMEN FÍSICO ACTUAL NO SE EVIDENCIA ABSCESO, FLUCTUACIÓN, ERITEMA NI OTRAS LESIONES CUTÁNEAS EN LA REGIÓN FRONTAL; SIN EMBARGO, PERSISTE EL ANTECEDENTE DE FIEBRE RECURRENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0992675744.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE LA CARA	L020		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-29	14:28	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-07-29	14:28	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

