

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MACIAS           | ZAMBRANO         | KIARA   | 07                  | 08  | 2025 | 0 años, 5 meses, 12 días | Mujer   |
|                  |                  |         | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354678862        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | NN y                         | 096-218-7947 /       |
| 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                 | 1354678862      | 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    | 2026  | 01  | 19  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

LACTANTE MENOR DE 5 MESES, CON ANTECEDENTE DE OBTENIDA POR CESAREA A LAS 38.4 SEMANAS DE GESTACIÓN, CON APGAR 9 - 10, PESO 3240 GRAMOS, TALLA 48 CM, PERÍMETRO CEFÁLICO 34.5 CM, QUE ACUDE CON SU MADRE A LA CONSULTA POR PRESENTAR PEQUEÑAS TUMORACIONES VIOLACEAS RUGOSAS DE +/- 1 CM DE DIÁMETRO EN # 4 A NIVEL DE REGIÓN COSTAL IZQUIERDA PARTE ANTERIOR Y POSTERIOR Y NIVEL DE EXTREMIDAD SUPERIOR E INFERIOR COMPATIBLE CON HEMANGIOMAS SEGÚN INDICA MADRE HAN AUMENTADO DE TAMAÑO Y CONSISTENCIA (ALTURA) MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN PARA SEGUIMIENTO DE DERMATOLOGÍA Y HEMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------|--------|-----|-----|
| HEMANGIOMA, DE CUALQUIER SITIO | D180   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                       |
|------------|-------|--------------|--------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-01-19 | 10:51 | Pediatría    | GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO | 1304544032 | <br>Firmado electrónicamente por:<br>GILMA ROSARIO<br>LLERENA ZAMBRANO<br>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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |