

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	MACIAS	MEREDITH MARINA	13	11	2025	0 años, 7 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354735498	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	7 DE AGOSTO y MERCEDES U SALINAS	099-601-7042 / (09)-913-6958
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	1354735498	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	07	10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

LACTANTEFEMENINA DE 7 MESES 27 DIAS - PRESENTA BUEN ESTADO GENERAL, ACTIVO, SONRIENTE, PESO Y TALLA DENTRO DE PERCENTILES ACORDES A LA EDAD, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMPLEMENTARIA ADECUADA, EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS: PIEL ROSADA, FONTANELAS NORMOTENSAS, ABDOMEN BLANDO Y SIN ORGANOMEGALIAS - PRESENTA EN BRAZO DERECHO lesión vascular eritematosa de bordes irregulares, en crecimiento progresivo, con aparente componente subcutáneo de tonalidad azul-verdosa, sugestiva de hemangioma infantil con componente profundo. - ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO, HITOS DE DESARROLLO NORMALES :Juega con manos y objetos, imita gestos Balbuceo con consonantes Pinza rústica (pulgar-indice) Se sienta sin apoyo, comienza gateo

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
2026-07-10	15:36	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

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
2026-07-10	15:36	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

