

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	ZAMBRANO	ALISSON NICOLE	11	09	2020	4 años, 2 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1760366961	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	096-712-0407 /
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	1760366961	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	11	27
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	☐	CHALAZION EN OJO DERECHO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD QUE ES TRAI DA A ESTA CASA DE SALUD POR SU MADRE POR CLÍNICA DE APROXIMADAMENTE 6 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LESIÓN TIPO PÚSTULA EN TERCIO MEDIO DE PÁRPADO INFERIOR DE OJO DERECHO Y NÓDULO EN TERCIO MEDIO DE PÁRPADO SUPERIOR DE OJO DERECHO. MADRE REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO CON AMOXICILINA VO E IBUPROFENO VO, PRESENTANDO LEVE MEJORÍA, SIN EMBARGO LA SINTOMATOLOGÍA HA VUELTO A APARECER. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA Y REACTIVA. 0996140567//0967120407
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CALACIO [CHALAZION]	H001	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-27	14:10	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2024-11-27	14:10	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	