

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	ZAMBRANO	ALISSON NICOLE	11	09	2020	4 años, 6 meses, 22 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	Conveccional/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		2025	04	02
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	☐	LESION PUSTOLOSA CRONICA	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD POR CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION QUE SE CARACTERIZA POR LESION PÚSTULOSA EN TERCIO MEDIO DE PÁRPADO INFERIOR DE OJO DERECHO REFIERE HABER ESTADO EN TRATAMIENTO CON PEDIATRIA Y SE LE HIZO UNA REFERENCIA A BAHIA PERO LA PERDIO. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA Y REACTIVA. 0996140567//0967120407

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITAVALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-02	10:00	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

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
2025-04-02	10:00	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

