

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PATIÑO	FIGUEROA	DEYVID GABRIEL	05	09	2018	7 años, 8 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2351648742	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	096-823-8492 /
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	2351648742	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	05	22
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

MASculino DE 7 años ACUDE A CITA CON SU MAMA, MADRE REFIERE QUE EN EL ULTIMO MES PRESENTO 6 EPISODIOS DE CEFALEA Y QUE EN 3 OCASIONES LLEGO AL VOMITO, NIEGA FIEBRE Y OTRA MOLESTIA, SE REALIZA EXAMEN FISICO Y SE OBSERVA LESIONES EN ZONA DORSAL Y AXILAR DERECHA MAS UNA LESION EN LA CARA DE TIPO AMPOLLOSA ERITEMATOLSA SIN COSTRA, REFIERE QUE TIENE HACE 1 SEMANA Y QUE UNAS VECINAS ESTAN IGUAL, NO REFIERE DOLOR PERO SI PRURITO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASculino DE 7 años ACUDE A CITA CON SU MAMA, MADRE REFIERE QUE EN EL ULTIMO MES PRESENTO 6 EPISODIOS DE CEFALEA Y QUE EN 3 OCASIONES LLEGO AL VOMITO, NIEGA FIEBRE Y OTRA MOLESTIA, SE REALIZA EXAMEN FISICO Y SE OBSERVA LESIONES EN ZONA DORSAL Y AXILAR DERECHA MAS UNA LESION EN LA CARA DE TIPO AMPOLLOSA ERITEMATOLSA SIN COSTRA, REFIERE QUE TIENE HACE 1 SEMANA Y QUE UNAS VECINAS ESTAN IGUAL, NO REFIERE DOLOR PERO SI PRURITO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA SIN AURA [MIGRAÑA COMUN]	G430	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-22	14:10	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-05-22	14:10	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

