

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELASQUEZ	MERO	MAYKEL ANTONIO	22	07	2019	5 años, 1 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2351762527	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN PEDRO DE ATASCO y	098-979-4074 /
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	2351762527	SAN PEDRO DE ATASCOSO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	09	04
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

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS QUIEN ES TRAI DO POR SU MADRE YA QUE PRESENTA MANCHA HIPOCOLOREADA EN LABIO SUPERIOR, MADRE REFIERE QUE APARECIO HACE MAS DE 2 MESES, LA MISMA QUE AUMENTA DE TAMAÑO, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA, SE PIDE EXAMENES DE LABORATORIO LOS MISMOS QUE REPORTAN: LEUCOCITOS:7.900 EOSINOFILOS: 6% HEMOGLOBINA: 14.1G/DL HEMATOCRITO:41.4% VCM: 82.9 PLAQUETAS: 377.000. GLUCOSA: 63 AST: 39U/L THS:4.56 FT3:15.23 FT4: 19.25 POR LO CUAL SE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ENDOCRINOLOGIA: TSH:4.56 FT3:15.23 FT4: 19.25 HEMATOLOGIA: LEUCOCITOS:7.900 NEUTROFILOS 39% LINFOCITOS 49% MONOCITOS: 6% EOSINOFILOS: 6% BASOFILOS: 0% HEMOGLOBINA: 14.1G/DL HEMATOCRITO:41.4% VCM: 82.9 PLAQUETAS: 377.000. QUIMICA: GLUCOSA: 63 UREA:21.20 CRETININA: 0.60 COLES TEROL: 152, TRIGLICERIDOS: 44 HDL:41.5 LDL:101.7 BILIRUBINA TOTAL: 0.34 AST: 39U/L ALT: 10 U/L

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VITILIGO	L80X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-04	09:09	Medicina Rural	KIMBERLY DANIELA ALDEAN CASTRO	1004850481	

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
2024-09-04	09:09	Medicina Rural	KIMBERLY DANIELA ALDEAN CASTRO	1004850481	

