

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	VALENCIA	DYLAN EMANUEL	15	11	2021	4 años, 2 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2352022558	MANABI	CHONE	CONVENTO	MANTA BLANCA1 y	099-778-5247 /
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	2352022558	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Pediatría		2026	02	10
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 4 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR REFERIR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRURITO LOCALIZADO EN COLUMNA Y EXTREMIDADES INFERIORES. MADRE REFIERE CONTACTO CON PACIENTES CON ESCABIOSIS HACE 1 SEMANA ATRAS. MADRE REFIERE QUE PACIENTES ESTABAN EN TTO CON SARNOL. APP: TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION. AQX: NO REFIERE APF: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, ALERTA, AFEBRIL, ACTIVO, REACTIVO. TEP NORMAL. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL INTERROGATORIO PACIENTE POCO COLABORADOR CON PREGUNTAS BASICAS. NO RESPONDE A LOS COLORES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	F900	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-10	11:22	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-02-10	11:22	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	