

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	RODRIGUEZ	NN NN	29	08	2024	0 años, 0 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354471284	MANABI	CHONE	BOYACA	SITIO ESTERO SECO y	097-984-2293 /
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	1354471284	BOYACA	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

NEONATO MASCULINO DE 6 DÍAS, ES TRAÍDO POR SUS ABUELA PARA REALIZACIÓN DE TAMIZAJE METABÓLICO Y PRIMER CONTROL MÉDICO. REFIERE ANTECEDENTES NATALES, PARTO INSTITUCIONAL EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA, PARTO POR CESAREA, APGAR: 9-10, TALLA: 48 CM, PESO: 2860 GRAMOS, EG: 39 SEMANAS, PERÍMETRO CEFÁLICO 34 CM, PERÍMETRO TORÁCICO 32,5 CM, CUENTA CON BCG Y VHB EN CARTILLA DE VACUNACIÓN. AL MOMENTO ABUELA REFIERE QUE NEONATO SE ENCUENTRA BIEN, BUEN REFLEJO DE SUCCION, ACTIVO, REACTIVO AL MANEJO, NECESIDADES FISIOLÓGICAS CONSERVADAS, BUEN ESTADO GENERAL. ACUDE CON REFERENCIA INVERSA EMITIDA POR HOSPITAL DONDE NACIO EN DONDE INDICA QUE EL PACIENTE TIENE RIÑÓN DERECHO CON POLIQUISTOSIS POR LO QUE SE SOLICITA REFERENCIA A PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RIÑON POLIQUISTICO, TIPO NO ESPECIFICADO	Q613		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-04	11:35	Medicina Rural	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	

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	11:35	Medicina Rural	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	

