

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1246	CS. TOSAGUA	C	1354715037		1354715037					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
CEDEÑO		VERA		ABDIEL		JEREMIAS	H	30/09/2025	1			X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN		MOTIVO		
0991548668												
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
					3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive					
					4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
					5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL BASICO DE ROCAFUERTE NHN	CONSULTA EXTERNA	PEDIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

LACTANTE MENOR DE 30 DIAS DE EDAD ACUDE EN BRAZOS DE SU MADRE. MADRE NIEGA REANIMACIÓN NI OXIGENOTERAPIA AL NACIMIENTO. MADRE REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 20 DIAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR ICTERICIA EN ESCLERAS. MADRE NIEGA FIEBRE, NIEGA VÓMITOS, NIEGA DIARREA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ICTERICIA EN ESCLERAS, MUCOSA ORAL, A NIVEL DE CUELLO, KRAMER I.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEMOGRAMA 29/10/2025: GLOBULOS ROJOS 4334000, HB 13.1, HEMATOCRITO 39.4, VCM 88.7, HCM 29.5, MCHC 33.2, RDW 10.5, LEUCOCITOS 4000, NEUTROFILOS 30%, LINFOCITOS 66%, EOSINOFILOS 2%, MONOCITOS 2%, PLAQUETAS 180000. QUIMICA SANGUINEA 29/10/2025: BILIRRUBINA TOTAL 8.80, BILIRRUBINA DIRECTA 1.74, BILIRRUBINA INDIRECTA 7.06, UREA 11.4, CREATININA 0.6. ENZIMAS 29/10/2025: TGO 89, TGP 54.1. GRUPO SANGUINEO: O RH POSITIVO.

E. DIAGNÓSTICOS

CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE-10	PRE	DEF
P599		X			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/30/2025	13:00	LUIS	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1803403326				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1			4.			
2			5.			
3			6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	