



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	001414	Eloy Alfaro	CS	1354126540								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Vera	Cruzati	Zeynep	Yudith	M	27-04-2023	1	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
096-977-1528		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.										
		2. Falta de espacio físico.										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.									
13	1303	130355	4. Equipos en mal estado.									
			5. Problemas de infraestructura.									
			6. Problemas de abastecimiento.									
			7. Insuficiencia de profesionales.									
			8. Inadecuada capacidad resolutive									X
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Pediatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE PEDIATRICO DE 1 AÑO 5 MES ES ES TRAI DA POR S U MADRE - A CONTROL POR RETARDO DEL DES ARROLLO PORDES NUTRICION PROTEICO CALORICA . MADRE REFIERE QUE DES DE LOS 3 MES ES DE EDAD PRES ENTA RETARDO DEL DES ARROLLO PORDES NUTRICION PROTEICO CALORICA- S US S EGUIMIENTOS LOS REALIZABA EN EL HOS PITAL DEL CARMEN POR PEDIATRIA - DES DEMAYO DEL 2024 S E CAMBIO DE DOMICILIO Y NO PUDO S EGUIR EN CONTROLES EN EL CARMEN- ACTUALMENTE S U DOMICILIO ES ELOYALFARO (LA POLVORA) .AL MOMENTO: PES A : 9 KG - TALLA 73.7 (BAJA TALLA). EXAMEN FIS ICO REGIONAL: CABEZA: NORMOCEFALO.TÓRAX: S IMÉTRICO- A LA AUS CULTACIÓN PULMONAR S E ENCUENTRA MURMULLO VES ICULAR S IN RUIDOS AGREGADOS . PRECORDIORÍTMICO- DE INTENS IDAD Y FRECUENCIA ADECUADAS - S IN S OPLOS AUDIBLES . ABDOMEN: BLANDO- DEPRES IBLE- TIMPANIS MO A LAPERCUS IÓN- NO DOLOROS O S IN MAS AS NI VIS CEROMEGALIAS PALPABLES . EXTREMIDADES S UPERIORES E INFERIORES : S IMÉTRICAS -MÓVILES - NO EDEMAS . EXAMENES PARACLINICOS DEL 12/09/2024 REPORTAN: QUIMICA: GLUCOS A: 81.50 UREA: 24.30 CREATININA:0.32 COLES TEROL TOTAL: 185.00 S ANGRE: COMPONENTES S ANGUINEOS : LINFOCITOS : 52.42 % NEUTROFILOS % 35.95%HEMOGLOBINA: 11.94 HEMATOCRITO: 32.90 VOLUMEN CORPUS CULAR MEDIO 71.60 HEMOGLOBIMA CORPUS CULAR MEDIA 26.00PLAQUETAS 514 .ANALIS IS : ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO.PLAN : HIERRO- MULTIVITAMINAS Y MINERALES EN POLVO UN S OBRECADA 48 HORAS POR 30 DIAS - FERRUM EN JARABE-S ULFATO DE ZINC 40 GOTAS CADA DIA. PROXIMO CONTROL EL 30-10-2024AS ES ORIA ALIMENTACIÓN S ALUDABLE RICA EN PROTEÍNAS : POLLO- PES CADO- LECHE- HUEVO; CONS UMO DE VERDURAS - LEGUMBRES -FRUTAS - VEGETALES ; EVITAR ALIMENTOS PROCES ADOS - DULCES - GRAS AS . MEDIDAS GENERALES - S IGNOS DE ALARMA- REPORTARNOVEDADES - S E EXPLICA PLAN A S EGUIR A MADRE ENTIENDE Y ES TA DE ACUERDO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

QUIMICA: GLUCOS A: 81.50 UREA: 24.30 CREATININA: 0.32 COLES TEROL TOTAL: 185.00 S ANGRE: COMPONENTES S ANGUINEOS :LINFOCITOS : 52.42 % NEUTROFILOS % 35.95% HEMOGLOBINA: 11.94 HEMATOCRITO: 32.90 VOLUMEN CORPUS CULAR MEDIO 71.60HEMOGLOBIMA CORPUS CULAR MEDIA 26.00 PLAQUETAS 514

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Retardo Del Desarrollo Debido A Desnutricion Proteicocalorica	E45X		X	4.		
2.					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-10-03	02:14	Jose	Andrade	Garcia
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1307021061				

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	