



| 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           | Canuto                   |                                  | CS        | 1350960215                         |  |                                                         |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |   | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |   |   |   |   |  |  |  |   |
| Murillo                                                     |   | Caiza            |                          | Cristhian                        |           | Jossue                             |  | H                                                       | 26-08-2013       | 11   | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H | D | M | A |  |  |  | X |
| H                                                           | D | M                | A                        |                                  |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
|                                                             |   |                  | X                        |                                  |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |   |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                         |  |                                                         |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 098-387-3026                                                |   |                  |                          | X                                |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |   |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.    |  |                                                         |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
|                                                             |   |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales. |  |                                                         |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PROVINCIA                                                   |   | CANTÓN           |                          | PARROQUIA                        |           | 3. Falta de equipamiento.          |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  | X    |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 13                                                          |   | 1303             |                          | 130352                           |           | 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 General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Pediatría    |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| MAS CULINO DE 10 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR BULTO EN LEGIÓN SUBLINGUAL- QUE GENERA DOLOR AL MAS TÍCAR- DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCION- NO REFIERE ALZAS TÉRMICAS - NO S ECRECION- NO RUBOR- NO PUS - MAMAREFIERE HABER LLEVADO A HNDC Y S OLCITAN REFERENCIA POR MEDIO DE ODONTOLOGIA- ODONTOLOGIA EXAMINA Y REFIERE QUE NO ES PROCES O ODONTOLOGICO- AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA APARENTE RANULA SUBLINGUAL- NO HAY ADENOMEGALIAS UBMAXILARES - RESULTO DE EXAMEN FÍSICO NORMAL. SE REALIZA REFERENCIA PARA SU VALORACION |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| APARENTE RANULA SUBLINGUAL QUE PROVOCA DOLOR                      |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                              | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Mucocele De Glandula Salival |                                    | K116 | X   |     | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                              |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                              |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-10-08                            | 01:38        | Mirka         | Andrade         | Esmeraldas       |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1312664616                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |