



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	Convento		CS	1354455220													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Cedeño		Mera		Jennifer		Lisbeth		M	04-08-2024	0	<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													
0964129173				☒		☐													
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		☐											
13		1303	130353	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
LACTANTE MENOR FEMENINO DE 2 DIAS DE EDAD ES TRAIDA POR MADRE A CONS ULTA DE CONTROL. APP INGRESADA 19 DIAS PORSEPSIS NEONATAL OBTENIDA POR PARTO A LAS 37 SG - APF MAMA DIABETICA . CON BAJO PESO BAJA TALLA MICROCEFALIA AL EXAMEN FISICO CABEZA MICROCEFALIA MUCOSAS HUMEDAS. OJOS: PUPILAS REACTIVAS NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES BOCA:OROFARINGE NO PATOLÓGICA OÍDOS: PERMEABLES CUELLO SIN ADENOPATIAS. BUEN ESTADO DE HIDRATACIÓN-FONTANELAANTERIOR NORMOTENSA-OJOS SIMETRICOS- ADECUADA IMPLANTACION DE LOS PABELLONES AURICUALRES- MUCOSA ORALHIDRATADA- LABIO Y PALADAR INTEGROS TORAX SIMETRICO. CSPS VENTILADOS. RSCS RITMICOS. SIN ADENOPATIAS. ABDOMENBLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A PALPACIÓN S UPERFICIAL Y/O PROFUNDA RSHS PRESENTES. EXTREMIDADES S UPERIORES SIN PATOLOGIA. EXTREMIDADES INFERIORES SIN PATOLOGIA. REFELJO DEL MORO(+)- REFLEJO DE PRESION (+)- REFLEJO DE MARCHA (+)-REFLEJO DE MARCHA (+)- REFLEJO DE S UCCION (+)- REFLEJO DE BABINSKI (+)- MANIOBRA DE ORTALANI BARLOW(-). FONTANELA NORMAL. MEDIDAS GENERALES S ULFATO DE ZINC 6 GOTAS UNA VEZ AL DIA ACIDO FOLICO 1ML 1 VEZ AL DIA S ULFATO FERROSO 4GOTAS 1 VEZ ALDIA ASEO DIARIO- ASESORIA NUTRICIONAL A LA MADRE- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA-ESTIMULACION TEMPRANA - REFERENCIA A SERVICIO DE PEDIATRIA PARA VALORACION POR BAJO PESO Y BAJA TALLA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE LACTANTE MENOR DE 4 MESES CON BAJO PESO BAJA TALLA MICROCEFALIA CON APP DE SEPSIS NEONATAL AMERITAVALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE PEDIATRIA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Sepsis Bacteriana Del Recien Nacido No Especificada		P369		X	4.			
2.	Desnutricion Proteicocalorica No Especificada		E46X		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-10-07	02:39	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310675093				

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		