



| 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           | Ricaurte                 |                                  | CS        | 1353756206                       |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |   |
| Moreira                                                     |  | Carranza         |                          | Tiffany                          |           | Julissa                          |  | M                                                       | 10-11-2021       | 2    | H                       | D | M | A |   |
|                                                             |  |                  |                          |                                  |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN MOTIVO                |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |
| 093 961 5777                                                |  |                  |                          | 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             |                          | 130350                           |           | 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 |  | Pediatria    |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 2 AÑOS Y 11 MESES DE EDAD- APP: MADRE REFIERE QUE LA NIÑA NACIO A LAS 37 SG- INGRESADA EN HOSPITAL POR BRONQUEOLITIS Y GASTROENTERITIS. APF: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE PARA CONTROL MEDICO. AL MOMENTO DE LA CONSULTA MADRE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA- NO SÍNDROMES FEBRILES NI EXANTEMÁTICOS. DATOS ANTROPOMÉTRICOS: PACIENTE PRESENTA PESO ADECUADO- PERO TALLA BAJA PARA EDAD- MADRE DE PACIENTE REFIERE QUE NACIÓ POR CESAREA PROGRAMADA- A LAS 37SG- SIN COMPLICACIONES- APGAR 9/10- LACTANCIA MATERNA HASTA LOS 11 MESES DE EDAD- CAMINÓ AL AÑO EDAD- BISILABS A LA MISMA EDAD- BAJO EL CUIDADO DE SUS PADRES- MADRE TALLA 1-52- PADRE 1-70- PACIENTE CON TALLA BAJA PECENTIL -2- INTERNACIONES EN 2 OCASIONES A LA EDAD DE 4 MESES BRONQUILITIS Y 9 MESES DE EDAD GASTROENTERITIS- NO REFIERE ANTECEDENTES QUIRURGICOS- NO ALERGIAS. HITOS DEL DESARROLLO ACORDE A LA EDAD NEURODESARROLLO: TEST DE DENVER II NORMAL. EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EUPNEICO- EN CONDICIONES CLÍNICAS ESTABLES- AFEBRIL- HIDRATADA- NO IRRITABLE. CABEZA: NORMOCÉFALO SIN TUMORACIONES NI CICATRICES- FONTANELAS NORMOTENSAS. OJOS: PUPILAS NORMO REACTIVAS AL REFLEJO LUMINOSO ESCLERÓTICAS NORMO COLOREADAS. NARIZ FOSAS NASALES PERMEABLES SIN SECRECIONES. BOCA: NORMO CONFIGURADA- FARINGE NO CONGESTIVA. CUELLO: MÓVIL NO DOLOROSO SIN ADENOMEGALIAS. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NORMO FONÉTICOS SIN SOPLOS- CAMPOS PULMONARES MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN VISCEROMEGALIA RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES NORMALES CICATRIZ UMBILICAL DE CARACTERÍSTICAS NORMALES. UROGENITAL: GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS- MOVILIDAD- TONO NORMAL- FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES; TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| XX                                                                |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|----------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Otros Trastornos Del Desarrollo Y Crecimiento Oseo |                                    | M892 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                                    |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                                    |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-10-30                            | 08:47           | Estefania     |  | Saavedra        | Moreira          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1311538662                            |                 |               |  |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |