



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	Santa Rita		CS	2351210428													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Farias		Mendoza		Milan		Ariel		H	01-02-2015	9	<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													
099-071-3244 /				☒		☐													
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		130302		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	
PACIENTE MASCULINO DE 9 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU PROGENITORA CON ANTECEDENTES PATOLOGICO PERSONAL:FIEBRE REUMATICA. ACUDE A CONSULTA POR CONTROL DE PATOLOGIA DIAGNOSTICA RECIENTEMENTE. MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE FUEATENDIDO DE MANERA PARTICULAR EL DIA 29 DE OCTUBRE POR ANTECEDENTE DE FIEBRE DE 10 DIAS DE EVOLUCION QUE NO CEDIA ANTE EL USO DEPARACETAMOL- EN DICHA CONSULTA LE PRESCRIBEN PENICILINA 600.000 UI INTRAMUSCULAR. AL INTERROGATORIO MADRE REFIERE ANTECEDENTEDE AMIGDALITIS POST ESTRPTOCOCICA ANTES DEL CUADRO FEBRIL. AL EXAMEN FISICO CABEZA NORMOCEFÁLICA- PUPILAS ISOCÓRICASNORMOREACTIVAS- NARIZ PERMEABLE- RINORREA AMARILLOVERDOSO- MUCOSA ORAL HÚMEDA- OROFARINGE ERITEMATOSA- DIENTES EN BUENESTADO; CUELLO MÓVIL- SIMÉTRICO- SIN ADENOMEGALIAS PALPABLES; TÓRAX SIMÉTRICO- BUENA MECÁNICA VENTILATORIA- CAMPOS PULMONARESCON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO- NO RUIDOS AGREGADOS- CORAZÓN RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NORMOFONÉTICOS- NO SE AUSCULTASOPLOS; ABDOMEN RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES- SUAVE- DEPRESIBLE- DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA- NO VISEROMEGALIAS;POLIARTRITIS- REGIÓN INGUINO-GENITAL: GENITALES EXTERNOS MASCULINOS CONSERVADOS; EXTREMIDADES SIMÉTRICAS- NO EDEMA- BUEN TONOMUSCULAR; PIEL: LESIONES EN MANO. SE REALIZA REFERENCIA A II NIVEL DE ATENCION PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
INMUNOLOGIA: ASTO 250- PCR CUANTITATIVO 12- FR LATEX 6.0. HEMATOLOGIA: LEUCOCITOS 4.79- HEMATIES 5.28- HEMOGLOBINA 15.1-HEMATOCRITO 44.8- PLAQUETAS 337- NEUTROFILOS# 2.97- LINFOCITOS# 1.47- MONOCITOS# 0.32- EOSINOFILOS# 0.02- BASOFILOS# 0.02.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Fiebre Reumatica Sin Mencion De Complicacion Cardiaca		I00X		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-11-29	09:18	Leonardo		Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1709823288					

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		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. DIAGNÓSTICOPRE= 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		