



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	1354492231																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Panama		Cobeña		Scarlet		Ahinara		M	02-10-2024	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 MOTIVO																	
0999175142				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.																			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.																		
13		1303	130356		3. Falta de equipamiento.																		
					4. Equipos en mal estado.																		
					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 FEMENINO DE 3 MESES DE EDAD- ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD EN BRAZOS DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. AL MOMENTO DE LA CONSULTA MADRE NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA- NO SÍNDROMES FEBRILES NI EXANTEMÁTICOS. PRESENTA BUEN APEGO A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA- LLANTO FUERTE CON BUEN TONO- REFLEJOS PRESENTES- FONTANELAS DE ASPECTO NORMAL. DATOS ANTROPOMÉTRICOS: PACIENTE PRESENTA PESO Y TALLA BAJAS PARA SU EDAD PRESENTA -2.63 EN PERIMETRO CEFÁLICO (MICROCEFALIA). EXAMEN FÍSICO: LACTANTE 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 HIDROÁEREOS 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. SE INDICA INTERCONSULTA CON MEDICINA FAMILIAR Y REFERENCIA PARA PEDIATRÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE PRESENTA PESO Y TALLA BAJAS PARA SU EDAD PRESENTA -2.63 EN PERIMETRO CEFÁLICO (MICROCEFALIA).

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-31	01:50	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. 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		