



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	1354074880																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Velasquez		Chica		Kailani		Valentina		M	15-02-2023	1	<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																	
0987503675				☒		<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																							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																					
13	1303	130356																					

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 FEMENINO- LACTANTE MENOR DE 1 AÑO 11 NESES DE EDAD ES TRAI DO POR SU MADRE A ESTA UNIDAD DE SALUD QUIEN REFIERE SINTOMATOLOGIA DE TOS PRODUCTIVA MADRE REFIERE QUE NO HA PODIDO VER LA FLEMA PORQUE LA NIÑA SE LA TRAGA PERO QUE TIENE RINORREA DE COLOR BLANCA DE 3 DIAS DE EVOLUCION- SIN FIEBRE SIN DOLOR DE CABEZA NI OTRO SINTOMA ACOMPAÑANTE PERO QUE DESDE OCTUBRE HA TENIDO TOS MANIFIESTA QUE HA TOMADO LUSCA- TUSIGEN Y CORTIPRESS Y ESTA TOMANDO AL MOMENTO DEGRALER PORQUE PEDIATRA REFIERE QUE LA PACIENTE ES ALERGICA AL EXAMEN FISICO. CABEZA NORMOCEFALICA- PUPILAS ISOCORICAS Y REACTIVAS A LA LUZ. ORF: CONGESTIVA.CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES O VISIBLES. TORAX SIMETRICO. CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y NORMOFONETICOS. ABDOMEN BLANDO- DEPRESIBLE- NO DOLOROSO A LA PALPACIÒN. GENITOURINARIO- DIURESIS CONSERVADA. EXTREMIDADES- SIN PATOLOGIA APARENTE. CURVAS OMS DE CRECIMIENTO ACORDE PARA LA EDAD. DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL. EXAMEN REALIZADO DE FORMA PRIVADA 13/12/2024: SERO INMUNOLOGIA IGE TOTAL 105.76 IU/ML. SE SOLICITA REFERENCIA PARA PEDIATRIA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
SERO INMUNOLOGIA IGE TOTAL 105.76 IU/ML. SE SOLICITA REFERENCIA PARA PEDIATRIA.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Alergia No Especificada		T784	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-12	09:25	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 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	