



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	0152360442									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Soledispa	Zambrano	Santiago	Benjamin	H	15-07-2021	3	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0987556357		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive							X
13	1303	130356	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	Pediatrica

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PREESCOLAR MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE S U MADRE PORREFERENCIA DECENTRODE SALUD SES ME. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE.ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE. PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOSADECUADOS. AL MOMENTO AFEBRIL- ASINTOMÁTICO- COLABORADOR- ACTIVO- ELECTIVO- DENVER NORMAL- HEMODINAMICAMENTEESTABLE- BUENA TOLERANCIA ORAL. ESTADO NUTRICIONAL: EUTRÓFICO. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO- CSPS CLAROS Y VENTILADOS- RSCS RÍTMICOSNORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES- PERCUSIÓN: TIMPÁNICA- PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NODOLOROSO A LA S UPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS- MOVILIDAD- TONO NORMAL- FALANGES COMPLETAS ENMIEMBROS S UPERIORES E INFERIORES- TEJIDO CELULAR S UBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PACIENTE CON ANTECEDENTES DEPREMATUREZ NACIDO A LAS 35 SEMENAS DE GESTACION NO REFEIRE CAUSA APARENTE. PRESENTA BAJJA TALLA SEVERA POR DEBAJODE LA DESVIACION ESTANDAR -3 Y BAJO PESO PARA LA EDAD SIN EMBARGO CON PESO ACEPTABLE PARA LA TALLA PRESCRIPCIONES:1. MEDIDAS GENERALES- 2. EDUCACIÓN NUTRICIONAL- 3. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES VECTORIALES- 4. SIGNOS DE ALARMA- 5.ACTIVIDA FÍSICA 60 MINUTOS AL DÍA- 6. LAVADO DE MANOS Y ASEO DIARIO- 7. EXÁMENES DE LABORATORIO- 8. REFERENCIA APEDIATRIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
XX

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
2025-02-18	11:16	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		