



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	Eloy Alfaro	CS	1354545616							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Arauz	Mejia	Adriel	Jesus	H	05-01-2025	0	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
096-335-8950 /		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	130355	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
LACTANTE MENOR DE 29 DIAS DE NACIDO SIN APP DE RELEVANCIA- NACIDO A LAS 36SG- EL 05/01/2025- CON APGAR 9- 10- PESO DE2215G- TALLA 45CM- PC 30CM- MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL NAPOLEONDAVILA CORDOVA EN EL AREA DE NEONATOLOGIA EN LA CUAL ELLA PIDIO ALTA PETICION . MADRE ACUDE EL DIA DE HOY PORQUEREFIERE QUE EL LACTANTE MENOR LLORA TODA LA NOCHE Y QUE LE HA ESTADO DANDO AGUA DE ANIS DESDE EL DIA DE AYER (2-02-25) - ADEMAS REFIERE QUE ELLA CREE QUE S U HIJO ESTA OJEADO Y QUE ELLA LO CURO SOBANDOLE UN HUEVO. AL MOMENTOPACIENTE ACTIVO- AFEBRIL- SIN SIGNOS DE ALARMA O DESHIDRATACIÓN. O: SIGNOS VITALES DENTRO DEL RANGO- BAJA TALLA YPESO- PREMATURO- AL EXAMEN FISICO : METEORIMOS INTESTINAL -LEVE DISTENSION ABDOMINAL -AL REALIZAR EL EXAMEN FISICOLACTANTE MENOR REALIZA UNA DEPOSICION DIARREICA DE ESCASA CANTIDAD - RESTO SIN ALTERACION. NOTA: MADRE NIEGA QUE ELLACTANTE MENOR ESTE CON DIARREA REFIERE QUE ES LA PRIMERA QUE REALIZA. A: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL-PREMATURO- CON DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO PARA S U EDAD- ALIMENTACIÓN REGULAR- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA-ACTIVIDADES PREVENTIVAS PRESENTES- SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR + MALTRATO INFANTIL NEGATIVO. P: MEDIDASGENERALES- PARACETAMOL 6 GOTAS PRN SE LE EXPLICA A LA MADRE QUE SOLO LE DEBE DAR EN CASO DE FIEBRE Y TAMBIEN SE LEEEXPLICA QUE NO DEBE DARLE AGUA DE ANIS NI NADA RELACIONADO SOLO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA- AEROM GOTAS 1 GOTACADA 12 HORAS POR 5 DIAS- SE PROMUEVE EDUCACIÓN RESPECTO A LA TOLERANCIA AL LLANTO + ALIMENTACIÓN SALUDABLE +ESTIMULACIÓN ADECUADA PARA S U EDAD Y COMO PROCEDER EN CASOS DE EMERGENCIAS. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA LAEDAD- ACTIVIDADES RECREATIVAS PARA LA EDAD- ESTIMULACIÓN TEMPRANA- SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDADPEDIATRIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NA

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otro Peso Bajo Al Nacer	P071		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	04:05	Maria	Muñoz	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313263269				

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	