



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	Convento	CS	0751755182							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Salto	Arteta	Kailler	Julio	H	29-04-2019	5	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0994537043		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.									
		2. Falta de espacio físico.									
		3. Falta de equipamiento.									
		4. Equipos en mal estado.									
		5. Problemas de infraestructura.									
		6. Problemas de abastecimiento.									
		7. Insuficiencia de profesionales.									
		8. Inadecuada capacidad resolutiva									
		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
		X									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130353									

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 5 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO EN COMPAÑIA DE MADRASTA AL MOMENTO ACUDE PORPRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR SINDACTILIA EN AMBAS MANOS Y PIES EN MANO DERECHA EN EL TERCER YCUARTO DEDO EN MANO IZQUIERDA EN EL PRIMER Y SEGUNDO DEDO EN AMBOS PIES UNIONES DE PRIMER SEGUNDO Y TERCER DEDOAFEBRIL- ASINTOMÁTICO- ACTIVO- ELECTIVO- GLASGOW15/15- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALOCUELLO SIN ADENOPATÍAS- TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADO RSCS RITMICOS- ADBOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO-EXTREMIDADES - SINDACTILIA EN MANOS Y PIES EMEDIDAS GENEREALES- ASESORIA EN NUTRICIÓN- EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MIN-ASEO DIARIO- SIGNOS DE ALARMA. REFERENCIA A SERVICIO DE PEDIATRIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CON SINDACTILIA AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE PEDIATRIA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Polisindactilia		Q704		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-10	11:15	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310675093				

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	