



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	Santa Rita		CS	1353181298													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Suarez		Mendoza		Carlos		Johan		H	15-07-2019	5	<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													
099-434-1461				X															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		8. Inadecuada capacidad resolutive		X									
13				1303		130302		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios											

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 ESCOLAR MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD- APP DISARTRIA A LOS 4 AÑOS Y FIMOSIS A LOS 2 AÑOS AQX NO REFIERE- ALERGIAS NO REFIERE- ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALEA EN REGIÓN TEMPORAL DERECHA- DE INTENSIDAD MODERADA-SEVERA ACOMPAÑADA DE HIPOACUSIA DE OÍDO DERECHO; MADRE DE MENOR REFIERE QUE EL 3 DE MARZO DEL 2024- PRESENTÓ SUCESO DE TRÁNSITO EN MOTOCICLETA- POSTERIOR A LO CUAL ESTUVO INGRESADO EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS DE PORTOVIEJO POR 7 DÍAS- DESCONOCE LA EVOLUCIÓN DENTRO DE ESTA ENTIDAD PUESTO QUE ESTUVO ACOMPAÑADO POR SU ABUELA. AL EXAMEN FÍSICO- SE APRECIA ELEVACIÓN LOCALIZADA EN REGIÓN TEMPORAL DERECHA- BLANDA- DEPRESIBLE NO DOLOROSA. SE ENCUENTRA ACTIVO- REACTIVO- MADRE NIEGA FIEBRE- NÁUSEA- VÓMITO- MALESTAR GENERAL- FALTA DE APETITO- DECAIMIENTO U OTRAS DOLENCIAS. SE ALIMENTA MEDIANTE ALIMENTACIÓN ACORDE A LA EDAD- BUENA TOLERANCIA- DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DESARROLLO PSICOMOTOR (DENVER): ACORDE A LA EDAD. DUERME BIEN. VACUNACIÓN: COMPLETA PARA LA EDAD (NO TRAE CARNET). DATOS ANTROPOMÉTRICOS: GANANCIA DE PESO Y TALLA ACORDE A LA EDAD. SE DECIDE REFERENCIA A PEDIATRÍA POR ANTECEDENTE DE TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO QUE PRESENTA CEFALEA MODERADA-SEVERA PERSISTENTE MÁS HIPOACUSIA UNILATERAL + HISTORIA DE DISARTRIA + AUTISMO ATÍPICO (VALORADO POR PSICOREHABILITACIÓN).

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ASESORÍA DE ALIMENTACIÓN- ACTIVIDAD FÍSICA E HIDRATACIÓN ADECUADA. ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN MSP. ASESORÍA DE HIGIENE Y SALUD BUCODENTAL. LIMITAR USO DE PANTALLAS DIGITALES A MÁXIMO 2 HORAS AL DÍA. SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL DENGUE- COVID 19 Y EXPOSICIÓN EXCESIVA AL SOL. SE SOLICITA BIOMETRÍA HEMÁTICA PARA EL SIGUIENTE CONTROL (NO SE DISPONE DE STOCK EN UNIDAD DE SALUD). SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA. REFERENCIA A PEDIATRÍA. CONTROL SUBSECUENTE

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Autismo Atípico		F841		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-26	11:15	Leonardo	Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1709823288				

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	