

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	Sesme	CS	1353618547							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Chavarria	Alcivar	Scarleth	Geraldine	M	29-04-2021	4	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0959637333		☒		☐							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		☐							
		2. Falta de espacio físico.		☐							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		☐						
13	1303	130356	4. Equipos en mal estado.		☐						
			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

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD QUE ES TRIADA POR S U MADRE POR CUADRO CLINICO DE S INTOMAS CATARRALES A REPETICION-MADRE COMENTA QUE LOS S INTOMAS CATARRALES S ON RECURRENTES - NOS INDICA QUE FUE ATENDIDA POR MEDICO PARTICULAR ENEL CUAL ENVIO NEBULIZACION CON DEXAMETAS ONA PERO NO HA HABIDO MEJORIA- AL EXAMEN FISICO: S E OBS ERVA US O DEMUS CULO ACCES ORIOS PARA RES PIRACION- PERO S ATURACION 98- S E INICIA TRAMITES DE REFERENCIA CON PEDIATRIA EN HOS PITALNAPOLEON DAVILA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD QUE ES TRIADA POR S U MADRE POR CUADRO CLINICO DE S INTOMAS CATARRALES A REPETICION-MADRE COMENTA QUE LOS S INTOMAS CATARRALES S ON RECURRENTES - NOS INDICA QUE FUE ATENDIDA POR MEDICO PARTICULAR ENEL CUAL ENVIO NEBULIZACION CON DEXAMETAS ONA PERO NO HA HABIDO MEJORIA- AL EXAMEN FISICO: S E OBS ERVA US O DEMUS CULO ACCES ORIOS PARA RES PIRACION- PERO S ATURACION 98- S E INICIA TRAMITES DE REFERENCIA CON PEDIATRIA EN HOS PITALNAPOLEON DAVILA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Asma No Especificado	J459	X		4.					
2.					5.					
3.					6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-14	04:01	Bryam	Cantos	Alcivar
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1316378957				

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	