



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	1354508309									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Lopez	Romero	Jonathan	Elian	H	29-10-2024	0	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0949997642		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	Pediatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 8 MESES DE EDAD- QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PORQUE REFIERE QUE ESTA CON RINORREA Y QUE POR LAS NOCHES LE FALTA EL AIRE MADRE VIENE SOLICITANDO SE LE HAGA NEBULIZACIÓN PERO SE LE INDICA QUE LOS CAMPOS PULMONARES ESTAN CLAROS Y NO PUEDE RELIZARSE-DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. NIEGA SINTOMAS ACOMPAÑANTES. AL MOMENTO PACIENTE CON FEBRICULA- COLABORATIVO- ORIENTADO. EXAMEN FISICO- CABEZA NORMOCEFALICA- PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ- OROFARINGE NO ERMETATOSA- CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES- TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS- ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES- EXTREMIDADES SIMETRICAS. SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA POR CUADRO ANTERIOR DE BRONQUIOLITIS. TLF:0949997642- VIVE EN RICAURTE EN EL PESAJE SE LE INDICA QUE REGRESE LA PROXIMA SEMANA PARA PREGUNTAR POR LA CITA- SE INDICAN LAVADOS NASALES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE DE 8 MESES DE EDAD- QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PORQUE REFIERE QUE ESTA CON RINORREA Y QUE POR LAS NOCHES LE FALTA EL AIRE MADRE VIENE SOLICITANDO SE LE HAGA NEBULIZACIÓN PERO SE LE INDICA QUE LOS CAMPOS PULMONARES ESTAN CLAROS Y NO PUEDE RELIZARSE-DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. NIEGA SINTOMAS ACOMPAÑANTES. AL MOMENTO PACIENTE CON FEBRICULA- COLABORATIVO- ORIENTADO. EXAMEN FISICO- CABEZA NORMOCEFALICA- PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ- OROFARINGE NO ERMETATOSA- CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES- TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS- ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES- EXTREMIDADES SIMETRICAS. SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA POR CUADRO ANTERIOR DE BRONQUIOLITIS. TLF:0949997642- VIVE EN RICAURTE EN EL PESAJE SE LE INDICA QUE REGRESE LA PROXIMA SEMANA PARA PREGUNTAR POR LA CITA- SE INDICAN LAVADOS NASALES

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Influenza Con Otras Manifestaciones Respiratorias Virus No Identificado	J111	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-01	03:15	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. 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	