



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	1352176489							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Sanchez	Garcia	Cinthia	Dayana	M	26-08-2015	9	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0987801214			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL											
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130356									
			1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
			2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
			3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive	X					
			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 FEMENINA DE 9 AÑOS DE EDAD- ACUDE ACOMPAÑADA DE SU MADRE PARA CONTROL MÉDICO GENERAL. LA MADRE REFIERE FALTA DE APETITO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN Y REFIERE TAMBIEN PÉRDIDA DE PESO. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA CONSCIENTE- LÚCIDA- COOPERADORA- CON BUEN ESTADO GENERAL- NORMOCÉFALA- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS- TÓRAX SIMÉTRICO- CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS- RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES- FRECUENCIA CARDÍACA RÍTMICA- SIN SOPLOS- ABDOMEN BLANDO- NO DOLOROSO- SIN MASAS PALPABLES- PERISTALSIS PRESENTE- SIN ORGANOMEGALIAS- EXTREMIDADES ÍNTEGRAS- SIN EDEMAS- REFLEJOS OSTEO-TENDINOSOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS. A LA INSPECCIÓN SE OBSERVA EN PIE DERECHO- REGIÓN DORSAL- UNA MASA MÓVIL- DOLOROSA A LA PALPACIÓN- DE CONSISTENCIA FIRME- NO ERITEMATOSA NI FLUCTUANTE. SE EVIDENCIA PESO Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD- EN PERCENTILES NORMALES SEGÚN CURVAS DE CRECIMIENTO. SE REALIZA REFERENCIA AL SERVICIO DE PEDIATRÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE FEMENINA DE 9 AÑOS DE EDAD- ACUDE ACOMPAÑADA DE SU MADRE PARA CONTROL MÉDICO GENERAL. LA MADRE REFIERE FALTA DE APETITO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN Y REFIERE TAMBIEN PÉRDIDA DE PESO. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA CONSCIENTE- LÚCIDA- COOPERADORA- CON BUEN ESTADO GENERAL- NORMOCÉFALA- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS- TÓRAX SIMÉTRICO- CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS- RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES- FRECUENCIA CARDÍACA RÍTMICA- SIN SOPLOS- ABDOMEN BLANDO- NO DOLOROSO- SIN MASAS PALPABLES- PERISTALSIS PRESENTE- SIN ORGANOMEGALIAS- EXTREMIDADES ÍNTEGRAS- SIN EDEMAS- REFLEJOS OSTEO-TENDINOSOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS. A LA INSPECCIÓN SE OBSERVA EN PIE DERECHO- REGIÓN DORSAL- UNA MASA MÓVIL- DOLOROSA A LA PALPACIÓN- DE CONSISTENCIA FIRME- NO ERITEMATOSA NI FLUCTUANTE. SE EVIDENCIA PESO Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD- EN PERCENTILES NORMALES SEGÚN CURVAS DE CRECIMIENTO. SE REALIZA REFERENCIA AL SERVICIO DE PEDIATRÍA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Perdida Anormal De Peso		R634	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-31	09:47	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	