



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	1354066894								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Zambrano	Zambrano	Yareli	Abigail	M	02-02-2023	2	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0962600012		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
13	1303	130356	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
E BRINDA CONTROL DE NIÑO S AÑO ENCUENTRO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES . HIDRATADO- ANIMADO- DE TONALIDAD DEPIEL S IN ALTERACIONES REFERIDAS POR MADRE- AS Í COMO TÍMIDO ANTE EL CONTACTO CON EL MÉDICO. MADRE NO REFIEREPATOLOGÍAS EN TAMIZAJE NEONATAL O ALGÚN ANTECEDENTE DE RELEVANCIA CLÍNICA. PACIENTE CON TENDENCIA A TALLA BAJA YBAJO PES O. CON ADECUADO DES ARROLLO NEUROMOTOR S EGÚN ES CALA DE DENVER. S E BRINDAN MICRONUTRIENTES . AS Í COMOEDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A FAMILIAR. S E S OLCITA REGRES AR DENTRO DE 6 MES ES PARA CONTROLS UBS ECUENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
E BRINDA CONTROL DE NIÑO S AÑO ENCUENTRO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES . HIDRATADO- ANIMADO- DE TONALIDAD DEPIEL S IN ALTERACIONES REFERIDAS POR MADRE- AS Í COMO TÍMIDO ANTE EL CONTACTO CON EL MÉDICO. MADRE NO REFIEREPATOLOGÍAS EN TAMIZAJE NEONATAL O ALGÚN ANTECEDENTE DE RELEVANCIA CLÍNICA. PACIENTE CON TENDENCIA A TALLA BAJA YBAJO PES O. CON ADECUADO DES ARROLLO NEUROMOTOR S EGÚN ES CALA DE DENVER. S E BRINDAN MICRONUTRIENTES . AS Í COMOEDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A FAMILIAR. S E S OLCITA REGRES AR DENTRO DE 6 MES ES PARA CONTROLS UBS ECUENTE.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otros Trastornos Del Desarrollo Y Crecimiento Oseo	M892		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-05	02:40	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	