



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	1353337478							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Lopez	Ortiz	Alejandra	Guadalupe	M	29-02-2020	5	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0989635345		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
PREESCOLAR FEMENINA DE 5 AÑOS DE EDAD- ES TRAÍDA POR S U MADRE POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 SEMANASDE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LA APARICION DE VERRUGAS EN REGION AXILAR IZQUIERDA Y PRURITO EN MIS MA ZONA- MADREREFIERE BUEN ESTADO DE SALUD- NO MAS DATOS DE IMPORTANCIA. AL MOMENTO NIÑA CLÍNICAMENTE ESTABLE- AFEBRIL-ASINTOMÁTICO. SEGÚN CURVAS DE PESO Y TALLA SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES. AL EXAMEN FÍSICO: CABEZANORMOCEFÁLICA- PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS- NARIZ PERMEABLE- MUCOSA ORAL HÚMEDA- OROFARINGE NOERITEMATOSA- DIENTES EN BUEN ESTADO; CUELLO MÓVIL- SIMÉTRICO- SIN ADENOMEGALIAS PALPABLES; TÓRAX SIMÉTRICO- BUENAMECÁNICA VENTILATORIA- CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO- NO RUIDOS AGREGADOS- CORAZÓN RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONÉTICOS- NO SE AUSCULTA SOPLOS; ABDOMEN RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES- S UAVE-DEPRESIBLE- NO DOLOROSO- NO VISEROMEGALIAS; EXTREMIDADES SIMÉTRICAS- NO EDEMA- BUEN TONO MUSCULAR; PIELCONSERVADA- MULTIPLES VERRUGAS EN REGION AXILAR IZQUIERDA- SIN ERITEMA- EDEMA NI SECRECION. PLAN: 1. MEDIDASGENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. HIDRATAACION 4. REFERENCIA A PEDIATRIA 5. CONTROL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PREESCOLAR FEMENINA DE 5 AÑOS DE EDAD- ES TRAÍDA POR S U MADRE POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 SEMANASDE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LA APARICION DE VERRUGAS EN REGION AXILAR IZQUIERDA Y PRURITO EN MIS MA ZONA- MADREREFIERE BUEN ESTADO DE SALUD- NO MAS DATOS DE IMPORTANCIA. AL MOMENTO NIÑA CLÍNICAMENTE ESTABLE- AFEBRIL-ASINTOMÁTICO. SEGÚN CURVAS DE PESO Y TALLA SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES. AL EXAMEN FÍSICO: CABEZANORMOCEFÁLICA- PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS- NARIZ PERMEABLE- MUCOSA ORAL HÚMEDA- OROFARINGE NOERITEMATOSA- DIENTES EN BUEN ESTADO; CUELLO MÓVIL- SIMÉTRICO- SIN ADENOMEGALIAS PALPABLES; TÓRAX SIMÉTRICO- BUENAMECÁNICA VENTILATORIA- CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO- NO RUIDOS AGREGADOS- CORAZÓN RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONÉTICOS- NO SE AUSCULTA SOPLOS; ABDOMEN RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES- S UAVE-DEPRESIBLE- NO DOLOROSO- NO VISEROMEGALIAS; EXTREMIDADES SIMÉTRICAS- NO EDEMA- BUEN TONO MUSCULAR; PIELCONSERVADA- MULTIPLES VERRUGAS EN REGION AXILAR IZQUIERDA- SIN ERITEMA- EDEMA NI SECRECION. PLAN: 1. MEDIDASGENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. HIDRATAACION 4. REFERENCIA A PEDIATRIA 5. CONTROL.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Verrugas Viricas	B07X	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	02:01	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	