



| 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           | Convento                 |                                  | CS        | 1353235235                         |  |                           |                   |                                                         |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                      | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Palma                                                       |  | Moreira          |                          | Maria                            |           | Guadalupe                          |  | M                         | 26-09-2019        | 5                                                       | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                          |                                  |           |                                    |  |                           |                   |                                                         | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                         |  | MOTIVO                    |                   |                                                         |                         |
| 0967542247                                                  |  |                  |                          | X                                |           |                                    |  |                           |                   |                                                         |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.    |  |                           |                   |                                                         |                         |
|                                                             |  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales. |  |                           |                   |                                                         |                         |
| PROVINCIA                                                   |  |                  |                          | CANTÓN                           |           | PARROQUIA                          |  | 3. Falta de equipamiento. |                   | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |
| 13                                                          |  |                  |                          | 1303                             |           | 130353                             |  | 4. Equipos en mal estado. |                   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |
|                                                             |  |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                    |  |                           |                   | X                                                       |                         |

| 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 |  | Fisiatria    |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINO DE 5 AÑOS Y 6 MESES APP ANEMIA EN ESTUDIO ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE EN TERAPIAS DE LENGUAJEPOR TRASTORNO DE HABLA Y LENGUAJE CONTINUA CON TRATAMIENTO MADRE REFIERE ESTAR EN VALORACION POR FISIATRIA PORREFEREIR DOLOR EN PIERNA DERECHA AL MOMENTO AFEBRIL- ESTABLE- ACTIVO- ELECTIVO- GLASGOW15/15- HEMODINAMICAMENTEESTABLE- BUENA TOLERANCIA ORAL. EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS- TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADOSIN RUIDOS AGREGADOS RSCS RÍTMICOS- ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO- EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. SE INDICAREFERENCIA A SERVICIO DE FISIATRIA MEDIDAS GENEREALES- ASESORIA EN NUTRICIÓN- EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MIN- USO DEMASCARILLA- ASEO DIARIO- SIGNOS DE ALARMA- CONTROL POSTERIOR. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE EN CONTROL POR SERVICIO DE FISIATRIA AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO |

| E. DIAGNÓSTICO |                  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Dolor En Miembro |                                    | M796 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                  |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                  |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-04-09                            | 02:40           | Maria         |  | Andrade         | Barreiro         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1310675093                            |                 |               |  |                 |                  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |