



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	Eloy Alfaro	CS	1352070245									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Rivas	Zambrano	Miguel	Angel	H	08-04-2015	10	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0961287269		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	130355	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 MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD APP: CONTACTO Y EXPOSICIÓN A TUBERCULOSIS PULMONAR EN LACTANCIA HACE 10AÑOS (MADRE REFIERE QUE RECIBIÓ TRATAMIENTO) ALERGIAS: NO REFIERE. ES TRAÍDO POR MADRE A ESTA CASA DE SALUD PORPRESENTAR FALTA DE APETITO- CANSANCIO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN . ADEMÁS PACIENTE REFIERE DIFICULTAD PARA RESPIRAR HACE1 SEMANA DE EVOLUCIÓN. MADRE REFIERE DOLOR EN ARTICULACIONES DE RODILLA DERECHA / IZQUIERDA DE LARGA DATA - REFIEREQUE EL DOLOR ES DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD Y QUE LO LIMITA REALIZAR ACTIVIDADES- NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGÍA .ALMOMENTO PACIENTE AFEBRIL- NIEGA SINTOMATOLOGÍA DE ALARMA. NIEGA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA - NIEGA DIAFORESISNOCTURNA -O: SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES. ANTROPOMETRÍA DELGADEZ SEVERA. AL EXAMEN FÍSICO:FACIES PÁLIDA- BOCA: MUCOSAS SEMIHÚMEDAS- ORL: NO HIPERÉMICAS-NO HIPERTRÓFICAS- SIN EXUDADO FARÍNGEO- CUELLO:MÓVIL- NO ADENOPATÍAS -TÓRAX: SIMÉTRICO- EXPANSIBLE- CAMPOS PULMONARES VENTILADOS- SIN AGREGADOS- RUIDOSCARDIACOS RÍTMICOS- NO SOPLOS- ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE- NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN S UPERFICIAL NI PROFUNDA- NOVISCEROMEGALIAS- RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES- EXTREMIDADES S UPERIORES E INFERIORES SIMÉTRICAS- NO EDEMAS. A:PACIENTE CON DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA - SE INDICA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX POR ANTECEDENTES PATOLÓGICOSPERSOANALES .SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD PEDIATRÍA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Desnutricion Proteicocalorica No Especificada		E46X		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-05-01	06:38	Maria	Muñoz	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313263269				

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	