



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	0959770488							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Rosado	Rosado	Klever	Junior	H	04-03-2015	10	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0985991335		X		MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive								
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
PACIENTE MAS CULINO DE 10 AÑOS DE EDAD- APP PCI- BAJA TALLA S EVERA- DIS CAPACIDAD FIS ICA 75%- HIPERBILIRRUBINEMIA CONREQUERMIENTO DE EXANGUINOTRANS FUS ION AL NACER- APQ NO REFIERE- AA NO REFIERE- QUE ES VIS ITADO EN COMUNIDAD. MADREHALEGA QUE PACIENTE NO HA DORMIDO LOS ULTIMOS DIAS 7 DIAS . AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL- IRRITABLE- NO COLABORADORAL EXAMEN FIS ICO- HEMODINAMICAMENTE ES TABLE- CON BUENA MECANICA RES PIRATORIA. PACIENTE EN ES TADO DE POS TRACION-CON DIFICULTAD PARA ALIMENTARS E- S IN CONTROL DE ES FINTERES - EN REGULARES CONDICIONES DE HOGAR. MADRE NIEGAS EGUIMIENTO CON ES PECIALIDAD PEDIATRIA NI NEUROLOGIA- MADRE HALEGA "HACE AÑOS ME MANDARON AL S EGURO PERO NO MEHAN LLAMADO PARA LA CITA". S E HACE REFERENCIA A PEDIATRIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE MAS CULINO DE 10 AÑOS DE EDAD- APP PCI- BAJA TALLA S EVERA- DIS CAPACIDAD FIS ICA 75%- HIPERBILIRRUBINEMIA CONREQUERMIENTO DE EXANGUINOTRANS FUS ION AL NACER- APQ NO REFIERE- AA NO REFIERE- QUE ES VIS ITADO EN COMUNIDAD. MADREHALEGA QUE PACIENTE NO HA DORMIDO LOS ULTIMOS DIAS 7 DIAS . AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL- IRRITABLE- NO COLABORADORAL EXAMEN FIS ICO- HEMODINAMICAMENTE ES TABLE- CON BUENA MECANICA RES PIRATORIA. PACIENTE EN ES TADO DE POS TRACION-CON DIFICULTAD PARA ALIMENTARS E- S IN CONTROL DE ES FINTERES - EN REGULARES CONDICIONES DE HOGAR. MADRE NIEGAS EGUIMIENTO CON ES PECIALIDAD PEDIATRIA NI NEUROLOGIA- MADRE HALEGA "HACE AÑOS ME MANDARON AL S EGURO PERO NO MEHAN LLAMADO PARA LA CITA". S E HACE REFERENCIA A PEDIATRIA

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Paralisis Cerebral Sin Otra Especificacion	G809		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-06-04	10:35	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		