



| 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           | Centro De Salud Tipo C Tosagua | CS-C                             | 1317005104                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                  | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Salazar                                                     | Intriago         | Angie                          | Milagro                          | M                                  | 17-06-2012                                              | 13   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                                |                                  |                                    |                                                         |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                     |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 0983784396                                                  |                  | 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                                                          | 1315             | 131550                         | 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 | Cardiología  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FEMENINA ADOLESCENTE ACUDE A CONSULTA CON CON DIAGNOSTICO DE MIOPATIAS CONGÉNITA POR LO CUAL PRESENTA DISCAPACIDAD FISICA DE 82%- DURANTE VALORACIÓN PROGENITORESREFIEREN QUE PACIENTE SE ENCUENTRA EN TERCER AÑO DE BÁSICA- MADRE REFIERE QUE EXISTEN ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD EN LA FAMILIA- REFIERE QUE PACIENTE PRESENTÓ RETRASOEN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ- NO LOGRO GATEAR- NO LOGRó CAMINAR- LOGRó SENTARSE A LA EDAD DE DOS AÑOS APROXIMADAMENTE- EL LENGUAJE ADQUIRIÓ A LA EDAD DE UN AÑO YMEDIO. NO LOGRA VESTIRSE POR SI SOLA- EMPEZó A DECIR FRASES A LA EDAD DE CUATRO AÑOS APROXIMADAMENTE. MENCIONA MADRE QUE PACIENTE PRESENTA AMERITA VALORACIÓN PORESPEOIALIDAD |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| EKG: TAQUICARDIA SINUSALHEMOGOBINA 12.4 G/DL                      |

| E. DIAGNÓSTICO |                             | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Taquicardia No Especificada |                                    | R000 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                             |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                             |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-06-25                            | 01:35        | Karen         | Lopera          | Rodriguez        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310488075                            |              |               |                 |                  |

| 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 |
| MSP                                                                            |           |                          | CENTRO DE SALUD TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 1317005104                       |                   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                                |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD       | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
| MSP                                                                                   | Centro De Salud Tipo C Tosagua | 13D12    | //                 |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |
|-------------------------------|
|                               |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS       |
|----------------------------------------------------------------|
| Ecg: Taquicardia Sinusal<br>Exámenes<br>Control Con Resultados |

| F. DIAGNÓSTICO |                                         | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Taquicardia Paroxística No Especificada |                                    | I479 |     | X   | 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           |                  |
| 1311890055                            |                 |               |                 |                  |