



| 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                    | Canuto                       | CS                                                      | 1353913252                         |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO          | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Mendoza                                                     | Velasquez                 | Jesus                        | Alonso                                                  | H                                  | 03-07-2022        | 3    | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                           | REFERENCIA                   |                                                         | DERIVACIÓN                         |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 098-720-7586                                                |                           | 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                      | 130352                       | 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 | Pediatría    |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONS ULTA EN COMPAÑIA DE LA MADRE LA CUAL SOLICITA REFERENCIA APEDIATRIA. APP: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE PADECEESTRABIS MO DESDE EL NACIMIENTO SIN EMBARGO NO HA TENIDO CONTROL ALGUNO SOBRE PATOLOGIA. NO REFIERESINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA- DIGESTIVA NI NEUROLOGICA. PACIENTE ACTIVO- ELECTIVO- AFEBRIL A LA CONS ULTA. PESO NORMALPARA LA EDAD. TALLA EN SEGUIMIENTO. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. DENVER NORMAL.SIN SIGNOS DE ALARMA. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA. |

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

| E. DIAGNÓSTICO |                            | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|----------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Estrabismo No Especificado |                                    | H509 | 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 |
| 2025-08-24                            | 08:57           | Milton        | Alvarez         | Intriago         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1316921095                            |                 |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |