



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	Ricaurte	CS	1315416642								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Loor	Cedeño	Yireli	Nahomy	M	08-11-2008	16	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0991670289		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	130356	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	Neurologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
ADOLESCENTE CON ANTECEDENTES DE QUE ACUDE A LA UNIDAD TRAIDA POR S U MADRE QUIEN INDICA QUE PACIENTE PRESENTA ANTECEDENTES DE HEMIATROFIA CEREBRAL PROBABLEMENTE DERECHA YA QUE MADRE NO RECUERDA CON EXACTITUD CUAL ES EL LADO AFECTO INDICA QUE FUE TRATADA EN EL CERI PORTO VIEJO DONDE LE MEDICARON RISPERIDONA 10 GOTAS AM Y 10 GOTAS PM. ADEMÁS INDICA QUE PRESENTA CRISIS DE AUSENCIAS ADEMÁS DE MOVIMIENTOS ANORMALES. ADEMÁS DE PERÍODOS DE AGRESIVIDAD DESDE HACE VARIOS MESES. COMO ANTECEDENTES PERINATALES INDICA QUE DURANTE LOS INICIOS DEL EMBARAZO PRESENTÓ PROBLEMAS DE VESÍCULA BILIAR POR LO CUAL LE ADMINISTRARON SIN NÚMERO DE MEDICACIÓN YA QUE NO TUVO CONOCIMIENTO DE SU EMBARAZO HASTA LOS 4 MESES. POSTERIOR A ESTO PRESENTÓ UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO CON COMPLICACIONES DENTRO DEL MISMO ADEMÁS DE UNA CAÍDA AL FINAL DEL EMBARAZO. AL MOMENTO DE NACER INDICA QUE PRESENTÓ HIPOXIA DEL RECIÉN NACIDO POR LO CUAL REQUIRIÓ OXÍGENO. SE SOLICITA REFERENCIA CON NEUROLOGÍA PARA REEVALUACIÓN Y RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
XX

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Otras Enfermedades Degenerativas Especificadas Del Sistema Nervioso		G318		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-26	09:11	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311538662				

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	