



| 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                               | 1354571307                          |                   |                          |                         |   |                                                         |   |  |                                     |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                                | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                     | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |                                                         |   |  |                                     |
| Vera                                                        | Velez            | Zoe                      | Ailanis                          | M                                   | 15-02-2025        | 0                        | H                       | D | M                                                       | A |  |                                     |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                          | REFERENCIA                       | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN MOTIVO |                          |                         |   |                                                         |   |  |                                     |
| 0995568377                                                  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                     |                   | <input type="checkbox"/> |                         |   | 6. Problemas de abastecimiento.                         |   |  | <input type="checkbox"/>            |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |                                     |                   | <input type="checkbox"/> |                         |   | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |   |  | <input type="checkbox"/>            |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                | 3. Falta de equipamiento.        |                                     |                   | <input type="checkbox"/> |                         |   | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13                                                          | 1303             | 130356                   | 4. Equipos en mal estado.        |                                     |                   | <input type="checkbox"/> |                         |   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |   |  | <input type="checkbox"/>            |
|                                                             |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura. |                                     |                   | <input type="checkbox"/> |                         |   |                                                         |   |  |                                     |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LACTANTE MENOR QUE MADRE REFIERE QUE AL REALIZAR EL ASEO DE LA NIÑA SE PERCATA DE QUE LA MIS MA NO TIENE IGIALES LOSPLIEGUES GLUTEOS POR LO CUAL ACUDE A ESTA CASA DE L¿SALUD PARA S U VALORACON A LP CUAL SE OBSERVA QUEEFECTIVAMENTE PERSENTA SIMETRIA DE S US PLIEGUES ADEMAS DE ASIMETRIA EN S US EXTREMIDADES INFERIORES POR LO CUAL SEDECIDE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCION. PACIENTE CON BUEN DESARROLLO PSICOMOTOR |

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

| E. DIAGNÓSTICO |                                                   | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Deformidad Congenita De La Cadera No Especificada |                                    | Q659 | X   |     | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                                   |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                                   |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-08-27                            | 09:16        | 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<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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |