



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	Convento		CS-A	2352229088													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Verduga		Pinargote		Andres		Sebastian		H	04-09-2023	1	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
098288180				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X									
13		1303		130353		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		Pediatria	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
LACTANTE MENOR DE 1 AÑO 9 MES ES EDAD- CON APP DE EPILEPS IA- TRATADO CON ACIDO VALPROICO 3ML CADA 12 HORAS . ESTRAIDO POR S U MADRE PARA CONTROL MEDICO DE RUTINA- FAMILIAR MENCIONA QUE EL NIÑO NO HABLA- AL MOMENTO AFEBRIL-ES TABLE- ACTIVO- ELECTIVO- GLAS GOW 15/15- DENVER NORMAL- HEMODINAMICAMENTE ES TABLE- BUENA TOLERANCIA ORAL. ALEXAMEN FIS ICO CABEZA: FONTANELA ANTERIOR NORMOTENS A- FONTANELA POS TERIOR CERRADA- IMPLANTACION DEL CABELLOADECUADA. OJOS : PUPILAS IS OCORICAS - NORMORREACTIVAS - CONJUNTIVAS ROS ADAS - NO TINTE ICTERICO. NARIZ: FOS AS NAS ALESPERMEABLES - NO ALETEO NAS AL. BOCA: OROFARINGE NO CONGES TIVA. S E EVIDENCIA ANQUILOGLOS IA QUE LIMITA LA ALIMENTACIONY EL HABLA. CUELLO: S IMETRICO- MOVILIDAD CONS ERVADA- NO S E PALPAN ADENOPATIAS . TORAX: S IMETRICO- EXPANS IBILIDADCONS ERVADA. CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS - NO S E AUS CULTAN S OPLOS . PULMONAR: CAMPOS PULMONARESVENTILADOS - MURMULLO VES ICULAR CONS ERVADO- S IN RUIDOS S OBREAÑADIDOS . ABDOMEN: BLANDO-DEPRES IBLE- TIMPANICO- NODOLOROS O A LA PALPACION S UPERFICIAL NI PROFUNDA- NO VIS CEROMEGALIAS . EXTREMIDADES : S IMETRICAS - MOVILIDAD FUERZA YTONO MUS CULAR CONS ERVADOS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PES O: 13.5 KG TALLA: 83.3 CM PC: 47.5 CM

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Hipoacusia Conductiva Sin Otra Especificacion		H902	X		4.					
2.	Anquiloglosia		Q381		X	5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-12	12:09	Maria		Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1310675093					

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		NÚMERO DE ARCHIVO



MSP			CENTRO DE SALUD	1302506769	
-----	--	--	--------------------	------------	--

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	Boyaca	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Se Agenda De Ecografía Tiroidea- Laboratorio

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Bocio No Toxico No Especificado		E049		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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310932148				