



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	1353546680								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Veliz	Valdez	Gabriela	Maria	M	13-01-2021	4	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0967961376		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	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	Pediatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA PRESCOLAR DE 4 AÑOS 9 MESES DE EDAD ACOMPAÑADO DE S U MAMA QUE REFIERE QUE LA NIÑA NACIOPREMATURA DE 28 SEMANAS DE GESTACION- ESTUVO HOSPITALIZADA 2 MESES EN NEONATOLOGIA EN HOSPITAL VERDI CEVALLOSBALDA- ADEMAS REFIERE QUE TIENE PROBLEMAS DE LA VISION- DEL LENGUAJE Y APRENDIZAJE- NO REFIERE DIARREAS- VOMITOS-FIEBRE- ASISTE A LA ESCUELA- REALIZA S US ACTIVIDADES EDUCATIVAS CON DIFICULTAD- APP: NO REFIERE- APF: MAMA DIABETICAMETFORMINA 500 MG QD- ABUELA MATERNA HIPERTENSA APQ NO REFIERE- NO ALERGIAS A LIMENTOS O MEDICAMENTOS. VALORESANTROPOMETRICOS PESO 16.1 KG- TALLA 106.2 CM- FC 100 FR 18 S02 98%- CURVAS Y PERCENTILES DE CRECIMIENTO T/E -0.28 P/E -0-68.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
CABEZA: SIN PRESENCIA DE TRAUMATIS MO- OJOS LA EXPLORACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS EXTERNAS DEL OJO DERECHO NORMALES- OJO IZQUIERDO CON PRESENCIA DE PTOSI PALPEBRAL Y ESTABIS MO MAS NISTAGMOS MAS DIMINUION DE LA AGUDEZA VIS UAL- CON ESCLERAS Y CONJUNTIVAS SIN PRESENCIA DE ICTERICIA- PALIDEZ- NORMO COLOREADA. EL OÍDO EXTERNO IMPLANTACIÓN PARECE NORMAL- SIN LESIONES NI DATOS DE INFLAMACIÓN PERMEABILIDAD DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. LA NARIZ PERMEABLE PPREENTA DIS MINUCION DEL PUENTE- CAVIDAD ORAL Y FARINGE SON NORMALES- LA MUCOSA ORAL PRESENTATONO ROJIZO Y NO SE APRECIAN MASAS- LEUCOPLASIA U OTRAS LESIONES- LA LENGUA ESTÁ CENTRADA Y NO SE DESVÍA A NINGÚNLADO LA FARINGE PARECE NORMAL- AL IGUAL EL PALADAR- QUE NO MUESTRA ULCERAS O MASAS. ES FLEXIBLE- CON UN ARCO DEMOVILIDAD COMPLETO SIN PRESENCIA DE PLIEGUES LATERALES. NO SE PALPAN ADENOPATIAS- LA TIROIDES NO PRESENTA DOLOR NI ESTA AUMENTADO DE TAMAÑO Y NO SE PALPAN NÓDULOS TIROIDEOS- LA TRÁQUEA SE HALLA EN LA LÍNEA MEDIA. TIENE ASPECTO NORMAL. LA PALPACIÓN ES NORMAL. LA AUSCULTACIÓN DEMUESTRA UN TórAX LIMPIO MURMULLO VESICULAR NORMAL.CARDIOVASCULAR EL S1 Y S2 SON NORMALES RÍTMICOS Y NORMO FONÉTICOS. NO SE AUSCULTAN SOPLOS- GALOPES O ROCES. LASARTICULACIONES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO COMPLETA NO SE DETECTAN DEFORMIDADES- SENSIBILIDAD NIMALFORMACIONES TIENEN ASPECTO COLOR TAMAÑO Y TEMPERATURA NORMAL- NO SE APRECIAN LESIONES DÉRMICAS- NO HAYPRESENCIA DE ACROPAQUIAS- CIANOSIS NI EDEMAS.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-26	11:14	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	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	