



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	Santa Rita	CS	1316241361								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Gonzalez	Zambrano	Jossenka	Salome	M	31-10-2008	16	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
099-380-7443 /		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	130302	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	Fisiatria

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE ADOLES CENTE DE 16 AÑOS 5 MES ES DE EDAD- ACUDE A CONTROL JUNTO A S U MADRE. S E ENCUENTRA ACTIVO- REACTIVO-MADRE NIEGA FIEBRE- NÁUS EA- VÓMITO- MALES TAR GENERAL- FALTA DE APETITO- DECAIMIENTO U OTRAS DOLENCIAS . EXAMEN FÍS ICONORMAL. ES CALA DE TANNER: III. S E ALIMENTA MEDIANTE ALIMENTACIÓN ACORDE A LA EDAD- BUENA TOLERANCIA- DEPOS ICIONES YDIURES IS CONS ERVADAS . DUERME BIEN. VACUNACIÓN: COMPLETA PARA LA EDAD (TRAE CARNET). DATOS ANTROPOMÉTRICOS :GANANCIA DE PES O Y TALLA ACORDE A LA EDAD. PRES ENTA ES COLIOS IS - QUIEN ACUDE A CONS ULTA POR PRES ENTAR DOLOR EN LAES PALDA DE VARIOS MES ES DE EVOLUCIÓN- AS IMETRÍA EN LOS HOMBROS Y DES VIACIÓN LATERAL DE LA COLUMNA OBS ERVADA PORS US FAMILIARES . AL EXAMEN FÍS ICO S E EVIDENCIA ES CÁPULA DERECHA ELEVADA Y CADERA IZQUIERDA DES VIADA. S E REALIZAPRUEBA DE ADAMS POS ITIVA Y RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORS O LUMBAR EN LA QUE S E OBS ERVA CURVATURA EN ?S ? CON ÁNGULODE COBB DE 25°. S E DIAGNOS TICA ES COLIOS IS IDIOPÁTICA ADOLES CENTE. S E INDICA US O DE FAJA ORTOPÉDICA Y S E REMITE AFIS IATRÍA PARA S EGUIMIENTO. PLAN: AS ES ORÍA DE ALIMENTACIÓN- ACTIVIDAD FÍS ICA E HIDRATACIÓN ADECUADA. ES QUEMA DEVACUNACIÓN S EGÚN MS P. AS ES ORÍA DE HIGIENE Y S ALUD BUCODENTAL. AS ES ORÍA DE EDUCACIÓN S EXUAL Y HÁBITOS NOCIVOS .ATENCIÓN AMIGABLE CON EL ADOLES CENTE. LIMITAR US O DE PANTALLAS DIGITALES A MÁXIMO 2 HORAS AL DÍA. S ENS IBILIZACIÓNS OBRE EL DENGUE Y COVID 19. EVITAR EXPOS ICIÓN EXCES IVA AL S OL Y RECOMENDACIÓN DE US O DE BLOQUEADOR S OLAR.REFERENCIA A FIS IATRÍA. S E EXPLICAN S IG NOS DE ALARMA. CONTROL S UBS ECUENTE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
S ANGRE: COMPONENTES S ANGUINEOS : LINFOCITOS 6.88- RBC 4.7- HB 12.3- HEMATOCRITO 37.6- PLAQUETAS 259 S ANGRE:COMPONENTES S ANGUINEOS : PRUEBA DE ALERGIAS : IGE 169- EPITELIO DE GATO 0.19- DERMATOPHAGOIDES PTERONY S INUS 28.50-DERMATOPHAGOIDES FARINAE 17.8- DERMATOPHAGOIDES MICRO CERES 15.50- EL RES TO MENOS DE 10

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Escoliosis No Especificada	M419		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-04-17	07:42	Leonardo	Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1709823288				

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	