



| 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           | Canuto                                                                                                           | CS                                                                                                                                  | 1353696089                       |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                                                                                                    | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                      | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Moreira                                                     | Soliz            | Amy                                                                                                              | Luciana                                                                                                                             | M                                | 15-08-2021        | 3    | H                       | D | M | A |  |  |
|                                                             |                  |                                                                                                                  |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   | X |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA <input checked="" type="checkbox"/> DERIVACIÓN <input type="checkbox"/>                               |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 099-811-1824                                                |                  | MOTIVO                                                                                                           |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica. <input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento. <input type="checkbox"/>   |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  | 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             | 130352                                                                                                           | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 3 AÑOS 6 MESES QUE ACUDE A CONS ULTA CON S U MADRE. APP NO REFIERE. APF NO REFIERE-ANTECEDENTES TRAUMATICOS: CAIDA DE 2 METROS DE ALTURA A LOS 4 MESES DE EDAD. ALERGIAS NO REFIERE. FAMILIAR REFIEREQUE LA PACIENTE PRESENTA EPISODIOS DE PERDIDA REPENTINA DEL TONO MUSCULAR CON PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE 2MINUTOS DE DURACIÓN APROXIMADAMENTE- ULTIMO EPISODIO HACE 1 SEMANA EN DONDE ES LLEVADA A EMERGENCIAS. ALMOMENTO DE LA CONS ULTA PACIENTE ACTIVA- REACTIVA- GLASGOW15/15. AFEBRIL. TALLA BAJA SEGUN S U EDAD. SE INDICAS UPLEMENTACION CON ZINC. DENVER ACORDE. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SE SOLICITA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARAVALORACION Y TRATAMIENTO INTEGRAL |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| EN TRAMITE                                                        |

| E. DIAGNÓSTICO                               | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. Otras Convulsiones Y Las No Especificadas |                                    | R568 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.                                           |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                           |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-03-24                            | 08:59        | Diana         | Delgado         | Rodriguez        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1351725732                            |              |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |