



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	1354345405								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Ruiz	Mendoza	Emily	Antonella	M	16-02-2024	1	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
099-792-3444		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	130352	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
LACTANTE MAYOR DE 1 AÑO 2 MESES DE EDAD QUE ES TRAIDA POR SU MADRE A CONTROL DE NIÑO SANO. REFIERE QUE NO HA TENIDO SINTOMATOLOGIA- - DIGESTIVA O URINARIA EN EL ULTIMO MES.- AL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO PACIENTE ACTIVA- REACTIVA Y ELECTIVA- AFEBRIL- CON MUCOSAS HIDRATADAS- EXAMEN FISICO NORMAL- PESO Y TALLA NORMAL- SE ALIMENTA BIEN. NO SIGNOS DE ALARMA- DENVER NORMAL PACIENTE ACTIVA Y REACTIVA AL MANEJO- CONSCIENTE- ORIENTADA- HIDRATADA AFEBRIL;CABEZA: NORMOCEFALICA- CONJUNTIVAS: ROSADAS- PUPILAS: ISOCORICAS NORMOREACTIVAS; NARIZ: PERMEABLE; BOCA:OROFARINGE NO ERITEMATOSA- DIENTES EN BUEN ESTADO; CUELLO: SIMETRICO- MÓVIL- NO ADENOMEGALIAS; TORAX: SIMETRICO- EXPANSIBILIDAD CONSERVADA- NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA- PULMONES: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES- NO SE AUSCULTAN RUIDOS SOBREAÑADIDOS- CORAZÓN: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS- NO SE AUSCULTAN SOPLOS; ABDOMEN: RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES- SUAVE- DEPRESIBLE- NO DOLOROSO A LA PALPACION; REGION INGUINO GENITAL: GENITALES EXTERNOS FEMENINOS SIN PATOLOGIA- EXTREMIDADES SIMETRICAS. TALLA BAJA PARA LA EDAD- PESO NORMAL EN SEGUIMIENTO. ESQUEMA DE VACUNA COMPLETO PARA LA EDAD. HEMOGLOBINOMETRO REFLEJA ANEMIA MODERADA- HGB 9.3- SE INSTAURA TTO CON HIERRO POLIMALTOSADO- SE PREESCRIBE SULFATO DE ZINC 2.5 CC QD. SE ENTREGA MICRONUTRIENTES EN POLVO- NO SE ENTREGA VITAMINA A POR FALTA DE STOCK EN FARMACIA. PACIENTE REQUIERE ATENCION /REDICA EN AREA DE PEDIATRIA POR TALLA Y PESO BAJO PARA LA EDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EN TRAMITE

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Desnutricion Proteicocalorica Leve		E441	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-05-20	08:23	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 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	