



| 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                               | 1353431156                                              |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Salazar                                                     | Zambrano         | Iker                         | Isaias                           | H                                                       | 23-07-2020        | 4    | H                       | D | M | A |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                   |                                  | DERIVACIÓN                                              |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 099-336-4913                                                |                  | X                            |                                  | MOTIVO                                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica. |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                                                   |                  | 2. Falta de espacio físico.  |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| CANTÓN                                                      |                  | 3. Falta de equipamiento.    |                                  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| PARROQUIA                                                   |                  | 4. Equipos en mal estado.    |                                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          | 1303             | 130352                       | 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 DE 4 AÑOS 5 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR REFERENCIA PARA PEDIATRIA PARA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO (SEGUIMIENTO POR SINDROME DE WEST- EPILEPSIA NO ESPECIFICADA)- ACTIVO ELECTIVO PARA SU EDAD- SE MOVILIZA PARA SU DEAMBULACION CON AYUDA ORTOPEDICA- A FEBRIL A LA CONSULTA |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| EN TRAMITE RESONANCIA MAGNETICA- RX DE RODILLAS CADERA Y TOBILLO  |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO                     | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Otras Epilepsias Y Síndromes Epilepticos Generalizados | G404 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                                        |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                                        |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-02-04                            | 03:48        | 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |