

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	1354587915								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Cedeño	Guerrero	Francisco	Brahin	H	13-03-2025	0	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
097-964-7481		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.										
		2. Falta de espacio físico.										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.									
13	1303	130353	4. Equipos en mal estado.									
			5. Problemas de infraestructura.									
			6. Problemas de abastecimiento.									
			7. Insuficiencia de profesionales.									
			8. Inadecuada capacidad resolutive									X
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									

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 LACTANTE MENOR DE 7 MESES DE EDAD ES TRAI DO A ESTA CASA DE SALUD POR SU MADRE REFIERE QUE TIENEESTREÑIMIENTO REALIZA SUS DEPOSICIONES UN DIA POR MEDIO- NO REFIERE FIEBRE- VOMITOS- NO DIARREAS. LACTANCIA MATERNA YALIMENTACION COMPLEMENTARIA. CURVAS DE CRECIMIENTO T/E 0.27 P/E -0.58 -0.88 PC -2-43 MICROCEFALEA. HEMOGLOBINA CAPILAR DE 10-3 MG/DL EN ANTERIOR CONTROL- SE PRESCRIBE HIERRO POLIMATOSADO EN GOTAS- CHIZPAZ- CONTROL DE HEMOGLOBINA- EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA- EDUACION HIGIENICO SANITARIAS- SEGUIR CON ESQUEMA DE VACUNACION- PREVENCIÓN DE CAIDAS Y DE INFECCIONES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

CURVAS DE CRECIMIENTO T/E 0.27 P/E -0.58 -0.88 PC -2-43 MICROCEFALEA. HEMOGLOBINA CAPILAR DE 10-3 MG/DL EN ANTERIOR CONTROL. CABEZA NORMO CEFÁLICO SIN PRESENCIA DE TRAUMATIS MO- OJOS LA EXPLORACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS EXTERNAS NORMALES- 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 NO ESTA DESVIADA Y NO SE APRECIAN ZONAS DE INFLAMACIÓN. CAVIDAD ORAL Y FARINGE SON NORMALES- LA MUCOSA ORAL PRESENTA TONO ROJIZO Y NO SE APRECIAN MASAS. EXTREMIDADES INFERIORES: LAS ARTICULACIONES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO COMPLETA NO SE DETECTAN DEFORMIDADES- SENSIBILIDAD NI MALFORMACIONES TIENEN ASPECTO COLOR TAMAÑO TEMPERATURA NORMAL- NO SE APRECIAN LESIONES DÉRMICAS- PRESENCIA DE ONICOCRPTOSIS DEDO PULGAR DE PIE DERECHO E IZQUIERDO- NO CIANOSIS NI EDEMAS.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Microcefalia	Q02X	X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-13	05:56	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	