



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1354579417							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Rodriguez	Velez	Dante	Jesus	H	24-02-2025	0	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0986335748		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	1315	131550	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 DE 7 MESES 27 DIAS DE EDAD- QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE- PARTO POR CESAREA- 38 SG CON PESO 3050 G; TALLA 50 CM; APGAR 8/7; ESTIMULACIÓN OXIGENO TERAPIA;HOSPITALIZACIONES: SÍNDROME DE INSUFICIENCIA DE RESPIRATORIO DEL RECIÉN NACIDO- CONVULSIONES LLEGO A INTUBARSE DURANTE 10 DIAS- LUEGO SEGUNDA HOSPITALIZACIÓN PORBRONQUIOLITOS AL MES CON 8 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN- DESARROLLO ADECUADO: SOSTÉN CEFALICO 5 MESES- GATEO NO- AGARRE DE OBJETOS SI- GORJEOS SI.. AL MOMENTO NO REFIEREALERGIAS A MEDICAMENTOS- NO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS- VACUNACIÓN : ESQUEMA ACTUALIZADO- APF: NO REFIERE VIVE CON: DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR . REFIERE MADRE- CON BIENESTADO GENERAL DE SALUD- ACTIVO REACTIVO- LLANTO VIGOROSO- APETITO CONSERVADO- ALIMENTACIÓN A BASE DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA- NIEGA SINTOMASGASTROINTESTINALES- NIEGA FIEBRE- DIURESIS NORMAL- DEFECCIÓN NORMAL. PACIENTE CON CONTROLES NEUROLOGICOS SIN CITA SUBSECUENTE- SE REFIERE A PEDIATRÍA PARA DEBIDADERIVACIÓN.- AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NO REFIERE

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Epilepsia Tipo No Especificado		G409	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-07	09:08	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310671951				

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
MSP			CENTRO DE SALUD	1304667817	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Materno Infantil Carlos Morales Locke	13D06	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Adulto Mayor Con App De Artritis Reumatoide Secuelar De 15 Años De Evolucion- Traida En Silla De Ruedas Por Hija- Hace 6 Años Que No Camina - Dependiente De Tercera Persona Hasta Para El Autocuidado. Al Ex Físico Se Puede Observar Rigidez Poliarticular A Predominio De Manos- Deformidades De Falanges De Manos- Pulgares En Z- Desviacion Cubital - Mano Izquierda En Garra- Anquilosis De Carpos- No Realiza Flexion Completa De Rodillas. Inflamacion Cronica De Metacarpofalangicas. Se Solicita Ex Y Rx. Se Indica Prednisona 10mg Vo Qd- Metotrexato 10mg Semanal. Celecoxib Vo. Paracetamol Vo .

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	Artritis Reumatoidea Seropositiva Sin Otra Especificacion	M059		X	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	
1308809787				