



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	1354690099						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Moreira	Vargas	Eithan	Emir	H	26-08-2025	0	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
0994101552		X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1303	130353								

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 MASCULINO LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE SE REALIZA ATENCIÓN DEL NIÑO SANO-REFIERE DEPOSICIONES BLANDAS EN NUMERO DE 3 DE COLOR AMARILLAS DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN- NO REFIERE ADMINISTRARMEDICACIÓN- INDICA QUE ESTE CUADRO HA SIDO REPETITIVO EN EL ULTIMO MES- NO FIEBRE- NO VÓMITOS- INDICA LACTANCIAMATERNA EXCLUSIVA- SE DEDICA AL CUIDADO DEL NIÑO. TRIANGULO DE VALORACIÓN PEDIÁTRICA SIN ALTERACIONES- CURVAS DECRECIMIENTO TALLA BAJA -2.3 P/E -1.67- P/T 0.53 IMC -0.05. SE PRESCRIBE LACTOBACILLUS REUTERI GOTERO 5 GOTAS AL DIA REALIZA EDUCACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA- MEDIDAS HIGIÉNICO SANITARIAS- ESTIMULACIÓN TEMPRANA- SEGUIR CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA- PREVENCIÓN DE INFECCIONES- PREVENCIÓN DEL MALTRATO- BAÑO DIARIO- SEGUIR CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN- SEGUIR CON LOS CONTROLES.DE RUTINA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
FONTANELAS NORMOTENSIVAS- REFLEJO DE S UCCION POSITIVO- REFLEJO DE MORO DIS MINUIDO- PRESION PALMAR DIS MINUIDO-REFLEJO DE BABINSKI POSITIVO- SIGNO DE ORTOLANI Y BARLO NEGATIVO. CURVAS DE CRECIMIENTO TALLA BAJA T/E -2.3 P/E -1.67- P/T 0.53 IMC -0.05. RES ULTADO DE TAMIZAJE METABOLICO 170H PROGESTERONA 1.92 NMOL/L- TSH 1.31 MUI/L- GALACTOSA TOTALNEGATIVO- PKU 59.63 UMOL/L. CABEZA: SIN PRESENCIA DE TRAUMATIS MO- OJOS LA EXPLORACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS EXTERNASNORMALES- CON ESCLERAS Y CONJUNTIVAS SIN PRESENCIA DE ICTERICIA. EL OÍDO SIN LESIONES NI DATOS DE INFLAMACIÓNPERMEABILIDAD DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. LA NARIZ

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Falta Del Desarrollo Fisiologico Normal Esperado Sin Otra Especificacion		R629	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-16	08:31	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

MSP			CENTRO DE SALUD TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	2350737900	
-----	--	--	--	------------	--

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	Centro De Salud Tipo C (Chone)	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Solicitados Exámenes De Control

F. DIAGNÓSTICO

		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	Examen Medico General		Z000		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	
1311890055				