

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)			
							H	D	M	A
Cedeño	Guerrero	Francisco	Brahin	H	13-03-2025	0				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA X	DERIVACIÓN MOTIVO						
097-964-7481										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1303	130353								
			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.	☐						

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 TRAIDO A ESTA CASA DE SALUD POR SU MADRE REFIERE QUE TIENE ESTREÑIMIENTO REALIZA SUS DEPOSICIONES UN DIA POR MEDIO- NO REFIERE FIEBRE- VOMITOS- NO DIARREAS. LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA. CURVAS DE CRECIMIENTO T/E 0.27 P/E -0.58 -0.88 PC -2.43 MICROCEFALEA. HEMOGLOBINA CAPILAR DE 10-13 MG/DL EN ANTERIOR CONTROL- SE PRESCRIBE HIERRO POLIMATOSADO EN GOTAS- CHIZPAZ- CONTROL DE HEMOGLOBINA- EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA- EDUCACION 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 APRECIA LESIONES DÉRMICAS- PRESENCIA DE ONICOCRYPTOSIS DEDO PULGAR DE PIE DERECHO E IZQUIERDO- NO CIANOSIS NI EDEMAS.

E. DIAGNÓSTICO

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 / DERIVACIÒN

[illegible]

CONTRAREFERENCIA

11

REFERENCIA INVERSA

5

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	