



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	1354364240							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Rosado	Andrade	Lian	Dereck	H	18-03-2024	1	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0997980177		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	130350	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 21 MESES DE EDAD EN COMPAÑIA DE S U MAMA- NO REFIERE DIARREAS- NO VOMITOS- NO SINTOMASRESPIRATORIOS- NO ALZA TERMICA. REFIERE BUEN APETITO- DICE PAPA- MAMA- ÑAÑA- AGUA- S UBE ESCALERAS. PARANETROSANTROPOMETRICOS: PESO 9.4 KG- TALLA 76.7 CM- PERIMETRO CEFALICO 46 CM- CURVAS DE CRECIMIENTO- T/E -2.91- P/E -1.84- P/T -0-72 TALLA BAJA DESNUTRICION CRONICA- HITOS DEL DESARROLLO. HEMOGLIBINA DE 11.3 G/DLPLAN: SE PRESCRIBE VITAMINA A200.000 UI- TOMA S ULFATO DE ZINC 10 MG DIA- SE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES- EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA-ESTIMULACION TEMPRANA- SEGUIR CON ESQUEMA DE VACUNACION- PREVENCIÓN DE VIOLENCIA- CONTROL PROXIMO MES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
HEMOGLOBINA 11.3 G/DL- HEMATOCRITO 33.8%- VCM 79.5 FL- HCM 26.5 PG- PLAQUETAS 405.000 LEUCOCITOS 9.900.CURVAS DE CRECIMIENTO- T/E -2.91- P/E -1.84- P/T - 0-72 TALLA BAJA DESNUTRICION CRONICANORMOCEFÁLICO SIN PRESENCIA DE TRAUMATIS MO- OJOS LA EXPLORACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS EXTERNAS NORMALES- CONESCLERAS Y CONJUNTIVAS SIN PRESENCIA DE ICTERICIA- PALIDEZ- NORMO COLOREADA. EL OÍDO SIN LESIONES NI DATOS DEINFLAMACIÓN PERMEABILIDAD DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. LA NARIZ PERMEABLE NO ESTA DESVIADA Y NO SE APRECIANZONAS DE INFLAMACIÓN. CAVIDAD ORAL Y FARINGE SON NORMALES. SIN PRESENCIA DE LESIONES DERMICAS- SE PALPANADENOPATIAS DE 1 CM EN REGION IGUINAL BILATERAL- DE BORDES LISOS- MOVILES- ELIPSOIDES- NO SE APRECIA ZONA DEINFLAMACION- TESTICULOS EN BOLSAS ESCROTALES- PREPUCIO Y GLANDE SIN ALTERACIONES

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Desnutricion Proteicocalorica Severa No Especificada	E43X	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-12-22	09:05	María	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		