



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	Eloy Alfaro	CS-A	1253225955							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Loor	Vera	Ashley	Merlia	M	06-12-2024	1	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0967423239		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	130355	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 MAYOR DE 13 MESES DE EDAD QUE ES TRAI DA POR LA MADRE A CONTROL DE NIÑO SANO- CON ANTECEDENTE PERSONALPATOLÓGICO DE ICTERICIA Y PREMATUREZ AL NACIMIENTO ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD- PERMANECIENDO BAJO VIGILANCIA CLÍNICA PARA VALORACIÓN MÉDICA EN CONTROL. DURANTE LA VALORACIÓN CLÍNICA Y POR MEDIO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE OBSERVA PACIENTE CONSCIENTE- NORMOHIDRATADA- CON LEVE TINTE ICTÉRICO EN PIEL Y ESCLERAS- SIN OTROS DATOS DE ALARMA. APARATOS Y SISTEMAS SIN ALTERACIONES APARENTES SIN COLURIA NI ACOLIA NO REFIERE DATOS DE COMPROMISO HEMODINAMICO MADRE MENCIONA QUE LA NIÑA ESTA EN TRATAMIENTO PARA ANEMIA FERROPENICA DESDE HACE 2 MESES POR LO CUAL SE ENVIAN LABORATORIOS PARA VALORACION INTEGRAL. DEBIDO A ANTECEDENTE DE ICTERICIA Y PARA VALORACIÓN INTEGRAL- SE DECIDE DERIVACIÓN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA PARA SEGUIMIENTO- ESTUDIO ETIOLÓGICO Y MANEJO ESPECIALIZADO. SE EXPLICA CONDUCTA A FAMILIAR RESPONSABLE- QUIEN COMPRENDE Y ACEPTA INDICACIONES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
N/A

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Ictericia No Especificada		R17X		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-26	03:13	Milton	Barreto	Chica
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1312587668				

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	