



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                             | 1354428128                       |                                                         |                                    |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD                               | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Vera                                  | Bravo            | Dulce                        | Victoria                         | M                                | 22-06-2024                                              | 1                                  | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                   |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                |                                                         |                                    |                         |   |   |   |
| 0961987512                            |                  | X                            |                                  |                                  |                                                         |                                    |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica. |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.  |                                                         |                                    |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |                  | CANTÓN                       | PARROQUIA                        | 2. Falta de espacio físico.      |                                                         | 7. Insuficiencia de profesionales. |                         |   |   |   |
| 13                                    | 1303             | 130353                       | 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 DE 19 MESES DE EDAD LACTANTE MEYOR TRAI DA POR LA ABUELA REFIERE QUE VIENE A CONTROL DEL NIÑO SANO- REFIERE QUE PRODUCE ORINA DE MAL OLOR. NO REFIERE FIEBRE- NO DIARREAS- NO SINTOMAS RESPIRATORIOS- NO VOMITOS- ADECUADO APETITO. REFEIRE QUE ATIENDE POR MEDICO PARTICULAR Y ENVIA ANTIHISTAMINICOS PARA ALERGIAS- APP: HOSPITALIZACION POR NEUONIA- APF: NO O REFIERE- ALERGIAS POLVO- CURVAS DE CRECIMIENTO T/E -2.22 TALLA BAJA- P/E -1-11- P/T -0.2 HITOS DEL DESARROLLO ADECUADOS. CELULAR: 0961987512. ANALISIS: PACIENTE CON TALLA BAJA RES ULTADOS DE LABORATORIOS CON LEUCOCITOSIS CON PREDOMINIO DE EOSINOFILIA MAS LINFOCITOSIS MAS ANEMIA NORMOCITICA. PLAN: S ULFATO DE ZINC 10 MG QD- SE PRESCRIBE VITAMINA A 200.000 UI- ALBENDAZOL 200 MG QD- PROBIOTICOS LACTOBACILLUS REUTERI GOTAS- SE PRESCRIBE CEFALEXINA ALIMENTACIÓN- HIGIENE CORPORAL- SALUD ORAL- PREVENCIÓN DE INFECCIONES- PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y QUEMADURAS- CUIDADOS DE PIEL Y UÑAS- SEGURIDAD AL DORMIR- PREVENCIÓN DE ASFIXIA- MALTRATO INFANTIL- EDUCACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA- SEGUIR CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN- SE REALIZA REFERENCIA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GLOBULOS ROJOS 3.89. HEMOGLOBINA 10.5 G/DL- HCTO 32-1%- VCM 82.1- HCM 82.5- HCM27.1 PG- PLAQUETAS 341.000- GLOBULOS BLANCOS 11.97- LINFOCITOS 5.580- NEUTROFILOS 3.130- ESOSINOFILOS 2.240-BASOFILOS 0.12. EXPLORACION FISICA: NORMOCEFÁLICO SIN PRESENCIA DE TRAUMATIS MO- OJOS LA EXPLORACIÓN DE LAESTRUCTURAS EXTERNAS NORMALES- CON ESCLERAS Y CONJUNTIVAS SIN PRESENCIA DE ICTERICIA- PALIDEZ- NORMO COLOREADA. ELOÍDO SIN LESIONES NI DATOS DE INFLAMACIÓN PERMEABILIDAD DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. LA NARIZ PERMEABLE NO ESTADESVIADA Y NO SE APRECIAN ZONAS DE INFLAMACIÓN. CAVIDAD ORAL NORMAL

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                               |      |     |    |     |     |     |
|------------------------------------|-----------------------------------------------|------|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE                                           | PRE  | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.                                 | Desnutricion Proteicocalorica No Especificada | E46X | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                 | Eosinofilia                                   | D721 | X   | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |                                               |      |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-02-03                            | 10:37        | 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 |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|----------------------------------|-------------------|
| MSP                     |           |                          | CENTRO DE SALUD | 1304278607                       |                   |

## 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                     | Canuto                   | 13D07    | //                 |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

|  |
|--|
|  |
|--|

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |
|--|
|  |
|--|

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Ecg: Ritmo Sinusal- Eje Normal- P-R Normal- Sin Alteraciones Específicas Del Segmento St

Solicito Exámenes De Control  
Control Con Resultados  
Se Programa Ecocardiograma  
Se Solicita Test De Esfuerzos Si No Tolera Se Programa Angiotac De Coronarias

Control Con Resultados

| F. DIAGNÓSTICO |                                                                          | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Enfermedad Cardíaca Hipertensiva Sin Insuficiencia Cardíaca (Congestiva) |                                    | I119 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             | Angina De Pecho No Especificada                                          |                                    | I209 | X   |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                                                          |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

## G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

|  |
|--|
|  |
|--|

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1311890055                            |                 |               |                 |                  |