



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	Chibunga	CS-A	1762404984									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Mendoza	Macias		Mylan		Maxiliano	H	27-07-2024	1	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN MOTIVO							
0995517981			1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.							☐
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			2. Falta de espacio físico.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.							☐
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		☐	8. Inadecuada capacidad resolutive							☒
13	1303	130354	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 MASCULINO DE 1 AÑO 7 MESES DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. CON ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTANCIA: DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CRI DU CHAT (DELECCIÓN DEL BRAZ O CORTO DEL CROMOSOMA 5)- ACTUALMENTE MADRE REFIERE QUE NO TIENE SEGUIMIENTO SEGUIMIENTO POR EL SERVICIO DE GENÉTICA. DURANTE LA CONSULTA- LA MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICO- SIN PRESENCIA DE FIEBRE- VÓMITOS- DIARREA NI OTROS SIGNOS DE ALARMA. INDICA QUE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA HA SIDO BIEN TOLERADA- CON BUEN APETITO. NO REFIERE EVENTOS RECIENTES DE ENFERMEDAD. SE EVALUA CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE ACUERDO CON LAS TABLAS DE LA OMS Y SE LE EXPLICA A LA MADRE. BAJO PESO Y MICROCEFALIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NO APLICA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Supresion Del Brazo Corto Del Cromosoma 5		Q934		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-28	11:53	Luisa	Mendoza	Alcivar
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1315226454				

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	