

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	1354437558	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Cedeño	Cedeño	Liam	Dayel	H	25-06-2024	1	H	D	M	A
										X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0979579819

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIACANTÓNPARROQUIA

131303130355

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

6. Problemas de abastecimiento.

7. Insuficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutive

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

X

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 SEXO MASCULINO DE 1 AÑO Y 9 MESES DE EDAD QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. MICCIÓN Y DEPOSICIONES NORMALES SEGÚN REFIERE LA MADRE. REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO CON SULFATO DE ZINC DURANTE 3 MESES. EN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO SE EVIDENCIA TALLA PARA LA EDAD EN PERCENTIL -2.05- MANTENIÉNDOSE EN EL LÍMITE INFERIOR ESPERADO. POR LO ANTERIOR- SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN PARA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA-CON EL FIN DE ESTUDIO INTEGRAL Y SEGUIMIENTO DEL CRECIMIENTO. PACIENTE AL MOMENTO CLÍNICAMENTE ESTABLE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXÁMENES DE LABORATORIO 25-02-2026: BIOMETRÍA HEMÁTICA RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 3.3 10⁶/L 5 - 6.5 HEMOGLOBINA 10.2 G/DL 14.5 - 18.5 HEMATOCRITO 27.4 % 45 - 55 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 83.1 ?M³ 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) 30.9 PG 27 - 31 CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 37.2 G/DL 30 - 36 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW) 14.7% 11.5 - 15.5 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW) 37.6 ?M³ 37 - 49 PLAQUETAS 297 10³/L 150 - 450 PLAQUETOCRITO 0.25 % 0.1 0.5 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) 8.3 ?M³ 7.4 - 11 ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 9 % 10 - 18 P-LCC (PLA: RECUENTO CELULAS GRANDES) 35 10³/L 44 - 140 P-LCR (PLA: PROPORCIÓN CELULAS GRANDES) 11.8 % 18 - 50 GLÓBULOS BLANCOS 17.4 10³/L 4 - 10 LINFOCITOS (%) 22.2 % 25 - 40 MID (%) 10.7 % 4.5 - 12.1 GRANULOCITOS (%) 67.1 % 40 - 75 LINFOCITOS (#) 3.86 10³/L 1 - 4.4 MID (#) 1.86 10³/L 0.3 - 1 GRANULOCITOS (#) 11.68

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Desnutrición Proteico-calórica No Especificada	E46X		X	4.		
2.					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-04	12:29	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	