



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	Santa Rita	CS-A	1353751058									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Intriago	Parraga	Jaylin	Sofia	M	02-11-2021	4	H	D	M	A			
										X			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN								
098-010-8238		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							X
13	1303	130302	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
AYLIN PACIENTE FEMENINA DE 4 AÑOS 3 MES ES ACUDE EN COMPAÑÍA DE MADRE A CONTROL MEDICO. ALERGIAS : PENICILINA YAMOXI- AL HUEVO Y AL TOMATE. APF: NIEGA. ACUDE A CONS ULTA ACOMPAÑADA DE LA MADRE QUIEN REFIERE PACIENTEAPARENTEMENTE S ANO- S IN EMBARGO- MENCIONA QUE LLEVABA CONS ULTA CON ALERGOLO EN PORTOVIEJO- PERO YA NO CUENTACON ES E S EGUIMIENTO- MADRE REFIERE QUE DES EA LLEVAR CONTROL PORQUE HA VIS TO EMPEORAMIENTO DEL CUADRO ALERGICODE LA PACIENTE- AGREGANDOLE ALERGIA A OTROS ALIMENTOS COMO EL TOMATE. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS ACTUALE DECRECIMIENTO CORRES PONDIENTES LONGITUD PARA EDAD- PES O PARA LA EDAD- PES O PARA LA LONGITUD E ÍNDICE DE MAS ACORPORAL (IMC) PARA LA EDAD. AL MOMENTO S E ENCUENTRA ACTIVO- REACTIVO. NO REFIERE S INTOMATOLOGIA ALGUNA. AL EXAMENFIS ICO- BUEN ES TADO GENERAL- CARA Y CABEZA S IMÉTRICA- PABELLÓN AURICULAR CON MORFOLOGÍA E IMPLANTACIÓN NORMAL-MURMULLO VES ICULAR CONS ERVADO- RUIDOS CARDIACOS NORMALES - PULS OS FEMORALES Y RADIALES PRES ENTES - TÓRAXS IMÉTRICO- MIEMBROS S UPERIORES S IMÉTRICOS - ABDOMEN BLANDO- DEPRES IBLE- RUIDOS HIDROAÉREOS PRES ENTES . COLUMNAVERTEBRAL ALINEADA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Alergia No Especificada		T784		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-25	04:05	Leonardo	Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1709823288				

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	