

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	Boyaca		CS-A	1759871203							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
							H	D	M	A			
Moreira	Alcivar	Romina	Sofia	M	11-10-2019	6					X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO					
0989798915													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			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					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA											
13	1303	130351											

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

ACIENTE ES COLAR DE 6 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE PREMATURIDAD CES ÁREA ALAS 27 S EMANAS POR LO CUAL PERMANECIÓ EN TERAPIA CON VENTILACIÓN MECÁNICA ACUDE AL CENTRO DE S ALUD S U MAMA NOS REFIERE QUE ELLA TENIEN EGIMIENTO Y AHORA ACTUALMENTE NO PRES ENTA ES TABILIDAD NO PUEDE CORRER PORQUE S E AACE ADEMAS DE NO S UBIRGRADAS ADEMAS DE BAJA TALLA Y BAJOS PES O NECES ITA VALORACION NEUROLOGICA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

N/A

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Trastorno Generalizado Del Desarrollo No Especificado	F849		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-21	03:44	Victor	Moreira	Solorzano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1314991439				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÒN JUSTIFICADA	SI	NO	

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

9

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	1302745284	

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	Ricaurte	13D07	//
-----	----------	-------	----

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

.Atencion 9 De Junio 2025: Paciente Con App De Diabetes- Acude Por Dolor Persistente En Rodilla Derecha- De Intensidad 8/10 Según Escala Eva- Con Irradiación Hacia La Región Poplítea. Sensación De Rigidez Matutina Que Empeora Con El Movimiento. El Dolor Se Intensifica Al Subir Escaleras O Caminar Distancias Medias- Lo Que Ha Limitado Su Deambulaci3n Diaria. Niega Fiebre- Traumatismos Recientes O Síntomas Sistémicos. Al Examen Físico: Marcha Con Claudicaci3n Antálgica. No Dolor A La Palpaci3n. Rango De Movimiento Limitado En Flexi3n Completa. Trae Eco De Partes Blandas Q Reporta Quiste De Baker. Se Solicita Ic A Traumatologia Y A Fisiatria. Se Indica Cilco De Aines Vo. ...

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Quiste Sinovial Del Huevo Popliteo [De Baker]		M712		X	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	
1308809787				