



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	Nause	CS-A	1354086983								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Zambrano	Cedeño	Axel	Ezequiel	H	06-03-2023	3	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0988656991		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
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
PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA Y ESTREÑIMIENTO CRÓNICO. MADRE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 5 MESES DE EVOLUCIÓN- CARACTERIZADO POR VÓMITOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO POSTERIORES A LA INGESTA- ASOCIADOS A DISTENSIÓN ABDOMINAL PERSISTENTE Y FLATULENCIAS FRECUENTES- RELACIONADO A COMIDAS DERIVADOS DE LA HARINA DE TRIGO. NIEGA FIEBRE- DIARREA PERSISTENTE- COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL U OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS. AL MOMENTO DE LA CONSULTA- EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES- ACTIVO- REACTIVO- NORMOHIDRATADO- HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES PARA SU EDAD. CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALO- PUPILAS ISOCÓRICAS Y REACTIVAS A LA LUZ- SE EVIDENCIA ESTRABISMO. MUCOSAS ORALES HÚMEDAS. SIN ADENOPATÍAS CERVICALES PALPABLES. TÓRAX: SIMÉTRICO- EXPANSIBILIDAD CONSERVADA- MURMULLO VESICULAR PRESENTE BILATERAL- SIN RUIDOS AGREGADOS. CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS- SIN SOPLOS. ABDOMEN: BLANDO- DEPRESIBLE- LEVEMENTE DISTENDIDO- NODULOSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA. RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES- SIN MASA NI VISCEROMEGALIAS PALPABLES. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS- SIN EDEMA- MOVILIDAD CONSERVADA. NEUROLÓGICO: PACIENTE ALERTA- ACTIVO- REACTIVO- CON TONO Y RESPUESTA ADECUADOS PARA LA EDAD- SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA EN ESTE MOMENTO. SE REALIZA ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA A SEGÚN ESQUEMA. AGENDADO ECOGRAFÍA ABDOMINAL Y LABORATORIOS DE CONTROL. TAMIZAJE VIOLENCIA NEGATIVO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
N/A

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Dispepsia		K30X		X	4.					
2.	Estrabismo No Especificado		H509		X	5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-09	08:08	Jahaira	Ponce	Lopez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1351700222				

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	