



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	1759576307							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Barre	Veliz	Carlos	Mathias	H	25-05-2019	6	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐									
0981317050		MOTIVO									
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 ☐							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
ES COLAR DE 6 AÑOS DE EDAD CON DES ARROLLO PIS COMOTOR ACORDE A LA EDAD- PES O Y TALLA PARA LA EDAD DENTRO DEPERCENTILES ADECUADOS - NO ANTECEDENTES PATOLOGICOS NI ALERGIAS CONOCIDAS S EGUN REFIERE LA MADRE- DES EMPEÑOS COLAR BUENO- BUENA RELACION S OCIAL- ACTIVO- COLABORA AL INTERROGATORIO. MADRE REFIERE CUADRO CLÍNICOCARACTERIZADO POR EPIS ODIOS DE MICCIÓN INVOLUNTARIA DURANTE EL S UEÑO- CON UNA FRECUENCIA APROXIMADA DE 5-6EVENTOS AL MES - LOS EPIS ODIOS A VECES S ON INTERMITENTES Y A VECES CONS ECUTIVOS - NO HAY S IGNOS O S ÍNTOMASURINARIOS AS OCIADOS - REFIERE QUE NUNCA HA LOGRADO CONTROL DE ES FINTER NOCTURNO POR UN PERIODO PROLONGADO.REALIZO REFERENCIA S EGUNDO NIVEL PEDIATRIA. 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.	Enuresis No Organica	F980	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-21	02:30	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	