



| 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           | Convento                     | CS-A                      | 2352453514                       |                  |                                                         |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Valdez                                                      | Vera             | Arez                         | Ariel                     | H                                | 03-12-2025       | 0                                                       | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                   |                           | DERIVACIÓN MOTIVO                |                  |                                                         |                         |   |   |   |  |
| 0995427300                                                  |                  | X                            |                           |                                  |                  |                                                         |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica. |                           | 6. Problemas de abastecimiento.  |                  |                                                         |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   |                  | CANTÓN                       | PARROQUIA                 | 2. Falta de espacio físico.      |                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1303             | 130353                       | 3. Falta de equipamiento. | 4. Equipos en mal estado.        |                  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                              | 4. Equipos en mal estado. | 5. Problemas de infraestructura. |                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |  |

| 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 MAS CULINO DE 7 MESES DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑOSANO . APP: NO REFIERE AQX: NO REFIERE HOSPITALIZACION: NO. ALERGIAS : NO. PACIENTE NACIDO A LAS 40 SDG POR PARTO VAGINAL - APGAR 8-9. PERCENTILES DE P. CEFL: -3.05 . PERCENTILES DE PESO Y TALLA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES . PACIENTE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD. S E RECOMIENDA A MADRE ACUDA CON TAMIZAJE AUDITIVO . AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ES TABLE- SIN SIGNOS DE DIS TRES S RES PIRATORIO- ALERTA- AFEBRIL- ACTIVO . TEP NORMAL . DENVER NORMAL . TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| DENVER NORMAL                                                     |

| E. DIAGNÓSTICO |              | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Microcefalia |                                    | Q02X |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |              |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |              |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-07-03                            | 01:07        | Maria         | Andrade         | Barreiro         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310675093                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |