



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	1354199570							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Cedeño	Parraga	Milan	Said	H	29-07-2023	2	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
0992815218			X								
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								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130302									

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
MASCULINO 2 AÑOS DE EDAD- TRAI DO POR S U MADRE- POR REFERIR ANTECEDENTE DE TRAUMATIS MO HACE 10 DÍAS APROXIMADAMENTE-CAIDA DESDE S U PROPIA ALTURA IMPACTO DIRECTO CON REGIÓN OCCIPITAL- POSTERIOR A LO CUAL EL NIÑO PRESENTÒ DECAIMIENTO-IRRITABILIDAD MARCADA- HEMATOMA S UPERFICIAL- SIN PÈRDIDA DE CONCIENCIA- DOS DÍAS DESPUÈS ALZA TÈRMICA NO CUANTIFICADACEDIÒ CON PARACETAMOL. REFIERE ACUDIÒ CON MÈDICO PARTICULAR QUE ENVIÒ REPOSO Y ANALGESIA. MADRE REFIERE PREOCUPACIÒNPORQUE LO SIENTE CON CAMBIOS EN EL ESTADO DE ÀNIMO (ESCASA PARTICIPACIÒN EN ACTIVIDADES ECOLARES- Y DIS MINUCIÒN DE LA INICIATIVA PARA JUEGOS). AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO REACTIVO- AFEBRIL- MARCHA ESTABLE- NO RIGIDEZ DE NUCA- NO FOCALIDADNEUROLOGICA - SIN ALTERACIONES A LA EXPLORACIÒN FÍSICA AL MOMENTO DE ESTA EVALUACIÒN- MADRE NIEGA VOMITOS- NIEGADIS MINUCIÒN DEL APETITO- S UEÑO NORMAL. NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE PATOLOGÍA AGUDA Y/O EMERGENTE PERO SE CONSIDERANECESARIA VALORACIÒN POR ESPECIALIDAD. BRINDO CONSEJERIA A MADRE SOBRE SIGNOS DE ALARMA.

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

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Otros Síntomas Y Signos Que Involucran La Apariencia Y El Comportamiento		R468	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-10	11:33	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	