



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	Chone	CS-C	1353992256							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Zambrano	Alcivar	Nashly	Jamileth	M	25-10-2022	3	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
098-830-3505			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	130350									

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
INFANTE FEMENINO DE 3 AÑOS DE EDAD *** APP: ESPINA BIFIDA *** APF: BISABUELA PATERNA (HTA + DM II) *** APQ: MIELOMENINGOCELE CON RESLUCION QUIRURGICA A LOS 8 DIAS DE NACIDA 02/11/2022 + CX DE CLUMNA DE ESPINA BIFIDA + TENOTOMA PERCUTANEA DEL TENDON DE AQUILE SBILATERAL PARA CORRECCION DE PIE QUINOVARO ***AA: HIPERSENSIBILIDAD CUTÀNEA // ANTECEDENTES NEONATALES: NACIDA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA- CESAREA DEBIDO A DISTCIA DE PRESENTACIN - PODALICA - A LAS 40 SG- APGAR 1 8 5 10 SIN PRESENCIA DE LLANTO INICIAL + CIANSIS PRO LOQ UE SE PROCEDIO A REANIMARLA: APIRADO DE SECRECION +FLUJO DE XIGENO. EVIENCIAN DEFECTO DE PARED EN REGIN DORSO LUMBAR COMPATIBLE CON MENINGOCELE DE +/- 3 CM DE DN Y PIE EQUINOVARO BILATERAL POR LO QUE SE REALIZA DERIVACIN A HOSPITAL DE PORTOVIEJO Y POSTERIOR TRASLADO A H. ROBERTO GILBERT EN GUAYAQUIL. ***** ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE LARGA EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE DEFECTO CONGÉNITO DE CIERRE DEL TUBO NEURAL ACOMPAÑADO DE ALTERACION DE LA MARCHA / DISCAPACIDAD PARA CAMINAR PERO SI GATEA- PRESENTA INERVACION Y SENSIBILIDAD CONSERVADA.TIENE CNTROL DE ESFINTERES Y GOZA DE BUENA CAPACIDAD DE LENGUAJE Y MEMORA ADEMAS DE INTERACCION SOCIAL.*** MADRE COMENTA QUE ESTA SIGUIEND CONTROLES EN SANTA RITA Y TERAPIAS EN EL CLUB ROTARI *** TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO- PACIENTE AFEBRIL- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE- ORIENTADO EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
APOYO PARA EMISION DE ANEXO 002 ***** AL EXAMEN FISICO- SE EVIDENCIA CICATRIZ A NIVEL LUMBOSACRO DE +/- 10 CM- MAS RIGIDEZ PARA EXTENSIN DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO- PRESENCIA DE ROTACION INTERNA Y EXTERNA DE MMII. MUSCULATURA CONSERVADA- PRESENCIA DE INERVACION EN MMII.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Anquilosis Articular		M246	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-06-05	09:15	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1314783083				

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	