

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	1246	CS. TOSAGUA	C	960925642						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDEÑO	ALMEIDA	GEMA	YEUDIEL	F	02/08/2016	9	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
0979922504 / 0939675438			X			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	CHONE	CHONE	6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 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 DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	PEDIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ESCOLAR FEMENINA DE 9 AÑOS QUIEN ES TRAÍDA POR SU SRA. MADRE REFIRIENDO CEFALÉAS FRECUENTES... TAMBIÉN ACUDE CON EKG DONDE IMPRESIONA UNA ARRITMIA...
SU MADRE REFIERE QUE FUE PREMATURA NACIÓ A LAS 33 SG, Y TUVO UNA CAÍDA Y CONTUSIÓN A LOS 4 AÑOS Y DESDE ALLÍ SIEMPRE LE DA DÓLORES DE CABEZA...
AL EX. FÍSICO: SU MADRE ESTA PREOCUPADA QUE HAY UN AUMENTO DE VOLUMEN EN LA CABEZA PERO AL EX. FÍSICO NO ES RELEVANTE Y NO IMPRESIONA SER UNA GRAN DEFORMIDAD...?
A LA AUSCULTACIÓN DEL CORAZÓN IMPRESIONA UN DESDOBLAMIENTO DE SEGUNDO RUIDO CARDIACO.. (SU MADRE TAMBIÉN REFIERE QUE TIENE DIFICULTADES ESCOLARES...)
RESTO DEL EX. FÍSICO NORMAL Y SIGNOS VITALES NORMALES...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ARRITMIA EN RUIDOS CARDIACOS CON DESDOBLAMIENTO DEL SEGUNDO RUIDO
SIGNOS VITALES NORMALES.

E. DIAGNÓSTICOS	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I499	X		4			
2 CEFALÉA POSTRAUMÁTICA CRÓNICA	G443	X		5			
3 TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	F819	X		6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
08/09/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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		