

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                                   |  | 1410             | SC PICHINCHA             | A                            | O961725090                       |                           | O961725090        |                             |      |                                                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                |                                  | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO              | FECHA NACIMIENTO            | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                 |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| VERA                                  |  | CARRANZA         |                          | GENESIS                      |                                  | ROSSELINE                 | F                 | 12/07/2017                  | 8    | H                                                       | D | M | A |  |  |  |  |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  |                  |                          | REFERENCIA                   | X                                | DERIVACIÓN                |                   |                             |      |                                                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 0988017842                            |  |                  |                          | MOTIVO                       |                                  |                           |                   |                             |      |                                                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica. |                                  |                           |                   |                             |      |                                                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| PROVINCIA                             |  |                  |                          | CANTÓN                       |                                  | PARROQUIA                 |                   | 2. Falta de espacio físico. |      |                                                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| MANABI                                |  | PICHINCHA        |                          | PICHINCHA                    |                                  | 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 |   |   |   |  |  |  |  |  |  |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                                  |  |                  |  |              |  |
|-------------------------|--|----------------------------------|--|------------------|--|--------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD |  |
| MSP                     |  | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | CONSULTA EXTERNA |  | PEDIATRIA    |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 8 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA ANTECEDENETE DE DEFORMACION DE GLOBO OCULAR DEL LADO DERECHO EN TRATAMIENTO EN HOSPITAL DEL NIÑO FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE, EL CUAL PIERDE LA CITA Y LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO, POR LO QUE SE MANTIENE EN SEGUIIMIENTO SE PASA A PEDIATRIA PARA SU EVALUACION

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

E. DIAGNÓSTICO

|                 |                                             |                 |  |      |     |     |    |  |  |  |     |     |     |
|-----------------|---------------------------------------------|-----------------|--|------|-----|-----|----|--|--|--|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO |                                             | DEF= DEFINITIVO |  | CIE  | PRE | DEF |    |  |  |  | CIE | PRE | DEF |
| 1.              | TRASTORNO DEL GLOBO OCULAR, NO ESPECIFICADO |                 |  | H449 | X   |     | 4. |  |  |  |     |     |     |
| 2.              |                                             |                 |  |      |     |     | 5. |  |  |  |     |     |     |
| 3.              |                                             |                 |  |      |     |     | 6. |  |  |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                 |  |                                                                                                                   |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO                                                                                                  |  |
| 29/07/2025                            |              | EDGARDO       |  | ALAY            |  | MERO                                                                                                              |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  |                 |  | SELLO                                                                                                             |  |
| 1310535131                            |              |               |  |                 |  | <div>Dr. Edgardo Alay M.<br/>MÉDICO ESPECIALISTA<br/>MEDICINA FAMILIAR<br/>Reg. Senescyt: 1027-2022-2414948</div> |  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |  |  |  |    |  |    |  |                        |  |  |  |    |   |    |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----|--|----|--|------------------------|--|--|--|----|---|----|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA |  |  |  | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |  |  | SI | X | 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            |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |