MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	C. S TOSAGUA	TIPO C	1317005104	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
SALAZAR	INTRIAGO	ANGIE	MILAGRO	F	17/06/2012	13				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0983784396	SI, CAMPESINO

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA

REFERENCIA X DERIVACIÓN

MOTIVO

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 resolutiva X
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	FISIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA ADOLESCENTE ACUDE A CONSULTA CON CON DIAGNOSTICO DE MIOPATIAS CONGÉNITA POR LO CUAL PRESENTA DISCAPACIDAD FISICA DE 82%, DURANTE VALORACIÓN PROGENITORES REFIEREN QUE PACIENTE SE ENCUENTRA EN TERCER AÑO DE BÁSICA, MADRE REFIERE QUE EXISTEN ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD EN LA FAMILIA, REFIERE QUE PACIENTE PRESENTÓ RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ, NO LOGRO GATEAR, NO LOGRÓ CAMINAR, LOGRÓ SENTARSE A LA EDAD DE DOS AÑOS APROXIMADAMENTE, EL LENGUAJE ADQUIRIÓ A LA EDAD DE UN AÑO Y MEDIO. NO LOGRA VESTIRSE POR SI SOLA, EMPEZÓ A DECIR FRASES A LA EDAD DE CUATRO AÑOS APROXIMADAMENTE. MENCIONA MADRE QUE PACIENTE PRESENTA AMERITA VALORACIÓN POR ESPEOIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	MIOPATIAS CONGENITAS	G712		X	4.				
2.	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD	Z736		X	5.				
C					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/08/07	09.20	Yolanda	Cedeño	Cedeño

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1311762940	Firmado electrónicamente por: YOLANDA CAROLINA CEDENO CEDENO Validar únicamente con FirmaEC	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÓNJUSTIFICADA	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