

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	1317260782									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
											H	D	M	A	
BRAVO		CHEVEZ		SERGIO		GEOVANNY		H	05/03/2006	19				X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA	DERIVACIÓN			MOTIVO						
0997396392		NO				X				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
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.										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA													
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA													

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	NEUMOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO REFIERE FAMILIAR), DESPUÉS DEL ALTA MEDICA, EMPEZO CON DISNEA A REPETICIÓN + DISFONIA, QUE NO MEJORA CON MEDICACIÓN (SALBUTAMOL) MADRE REFIERE QUE HACE 1 MES Y 29 DIAS PRESENTA DISNEA DE GRAVES ESFUERZOS, CIANOSIS, ES HOSPITALIZADO EN BAHIA Y LE REALIZAN TRAQUEOSTOMIA, ACTUALEMNTE ACUDE CON TRAQUEOSTOMO A CONSULTA MADRE MENCIONA QUE SE REALIZABA SEGUIMIENTO EN BAHIA Y LE COMUNICAN QUE YA NEUMOLOGO NO LE REALIZARA SEGUIMIENTO POR NO PERTENECER A UBICACION GEOGRAFICA Y LE RECOMIENDAN ACUDIR A ESTA CASA DE SALUD PARA REFERENCIA A NEUMOLOGÍA PARA VALORAR QUITAR EL DISPOSITIVO, AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE PERO CON DIFICULTAD AL HABLAR POR LO QUE SE REALIZA INTERROGATORIO A MADRE, PRESENTA DIFICULTAD PARA COMER Y SE EVIDENCIA DELGADEZ NIEGA OTROS SÍNTOMAS, NIEGA SÍNTOMAS VASOMOTORES. REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR OFTALMOLOGIA.
--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ATENCION DE TRAQUEOSTOMIA			Z430	X		4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
2025/09/30	16:00		SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO
		ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

G.EVALUACIÓN DELA REFERENCIA/DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO			
CONTRA REFERENCIA ☐						REFERENCIA INVERSA ☐					

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO		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