

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         | 1351681521                       |            | 1351681521        |                                                         |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO                                     |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO       | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ZAMBRANO                              |         | CENTENO                                              |                          | KEYNER                           |           | MIGUEL                           | M          | 22/04/2014        | 11                                                      | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         | TIPO DE COBERTURA                                    |                          | REFERENCIA                       |           | X                                | DERIVACIÓN |                   |                                                         |                         |   |   |   |
| 0993166850 - 0959574040               |         | Dependiente hijo menor de 18 años CON COBERTURA IESS |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  | MOTIVO     |                   | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                         |   |   |   |
|                                       |         |                                                      |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  |            |                   | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                         |   |   |   |
|                                       |         |                                                      |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           |                                  |            |                   | 8. Inadecuada capacidad resolutiva                      |                         |   |   |   |
|                                       |         |                                                      |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           | X                                |            |                   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |
|                                       |         |                                                      |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |            |                   |                                                         |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         |                                                      |                          |                                  |           |                                  |            |                   |                                                         |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  | PARROQUIA                                            |                          |                                  |           |                                  |            |                   |                                                         |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA | TOSAGUA                                              |                          |                                  |           |                                  |            |                   |                                                         |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADOLESCENTE 11 AÑOS 3 MESES, APP DE ALERGIA A ALIMENTOS (MANI, ATUN, ALMENDRAS, EMBUTIDOS) Y SINDROME DE ASPERGER EN ESTUDIO, POR LO QUE SOLICITA VALORACION ESPECIALIZADA PARA EMPEZAR CARNETIZACION DE DISCAPACIDAD.

NO CONTAMOS CON EQUIPO CALIFICADOR DE DISCAPACIDAD.

E. DIAGNÓSTICO

|    |                                    |      |     |     |    |  |     |     |     |
|----|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
|    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
| 1. | SINDROME DE ASPERGER               | F845 | X   |     | 4. |  |     |     |     |
| 2. | OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA    | F918 |     | X   | 5. |  |     |     |     |
| 3. |                                    |      |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 22/07/2025                            | 3.20 pm         | JUAN JOSÉ     | ZAMBRANO        | PINCAY           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1310509771                            |                 |               |                 |                  |

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|    |                                    |     |     |     |    |  |     |     |     |
|----|------------------------------------|-----|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
|    | PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
|                                       |                 |               |                 |                  |