

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1410	HBAGA	B	1351715261	1351715261
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
RAMIREZ	BALAREZO	ROGELIO	RAYMUNDO	M	12/3/2009
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
0962550003				16	H D M A
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				REFERENCIA	DERIVACIÓN
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	MOTIVO		
MANABÍ	BOLIVAR	CALCETA	☐ 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 resolutoria. ☐ 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		CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADOLESCENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD MADRE REFIERE APP SINDROME DE SHORT NO REFIERE ALERGIAS, ES TRAIDO A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR UN RETARDO EN EL CRECIMIENTO LA CUALS E ENCUENTRA SIN SEGUIMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA POR LO QUE SE DECIDE VINCIULARLO A SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO ADEMAS PRESENTA MOLESTIAS AL CAMINAR CON INTENSO DOLOR A NIVEL DE LA COLUMNA LUMBOSACRA

PACIENTE QUE FUE VALORADO HACE 6 AÑOS EN EL HEP

E. DIAGNÓSTICO

PRE+PRESENTIVO DEF+DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CS	PRE	DEF
1. SINDROMES DE MALFORMACIONES CONGENITAS ASOCIADAS PRINCIPALMENTE CON ESTATURA BAJA	Q871	X				
2. EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	Z003		X			
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-22	13H00	MARCO	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311550667				

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	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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE+PRESENTIVO DEF+DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CS	PRE	DEF
1.						
2.						
3.						

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	