

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	1353246869								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MERO		SALVATIERRA		ROCIO		NAHOMMY		F	08/09/2019	5	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0994969872		NO		X				6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
								X						
								X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA		PEDIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE PEDIATRICO DE 5 AÑOS 10MESES DE EDAD ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE A CONTROL, AL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, PESO BAJO PARA LA EDAD BAJA TALLA, AFEBRIL, CON BUEN APETITO, QUE NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIO, NI OTROS SINTOMAS APARENTES. DIURESIS Y CATARSIS NORMALES. MADRE REFIERE QUE HACE APROX 2 AÑOS ATRÁS PACIENTE PRESENTÓ HERPES ZÓSTER RESUELTO BAJO TRATAMIENTO PARTICULAR, MENCIONA MADRE QUE PACINETE SE ENCUENTRA BIEN, QUE PRESENTÓ CUADRO GRIPAL HACE APROX 15 DÍAS, LE REALIZÓ EXÁMENES DE LABORATORIOS LOS CUALES ESTÁN REPORTADOS EN CASILLAS CORRESPONDIENTES, LLAMA LA ATENCIÓN CUERPOS CETÓNICOS MAS PROTEÍNAS EN ORINA, NIEGA SÍNTOMAS PREVIOS RELACIONADOS, RESUELTO AL MOMENTO, SE LA OBSERVA ACTIVA, HIDRATADA, AFEBRIL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

IgE: 101.3 UL/ML

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	DESNUTRICION PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA		E46X		X	4.			
2.	ALERGIA NO ESPECIFICADA		T784		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/07/28	16:00						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

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	