

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	1353843053									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ANDRADE		ALCIVAR		HAILY		XIOMARA		F	23/03/2022	3	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN								
0969829808-0986652650		NO						MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								6. Problemas de abastecimiento.						
								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

PRE-ESCOLAR NACIDA POR CESAREA A LAS 37. SG.(TAQUICARDIA FETAL) POR CRISIS ASMATICA DE LA MADRE. ES TRAIDO POR MADRE PARA CONTROL MEDICO RUTINARIO. AL NACER: APGAR: 8/9 PESO:3000 TALLA: 48 PC: 34 CONN COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO, EN TERMOCUNA POR DIFICULTAD RESPIRATORIA LOS PRIMEROS 10 DIAS DE VIDA. AL MOMENTO SIN MAS HOSPITALIZACIONES INMUNIZACION: PENDIENTE REFUERZO SRP Y DPT..TAMIZAJE METABOLICO: REALIZADO TAMIZAJE AUDITIVO:REALIZADO, NORMAL.APP: MADRE REFIERE QUE A LOS 8 MESES PRESENTO CONVULSIÓN FEBRIL, Y HACE 5 MESES PRESENTO NUEVA CONVULSIÓN (MOVIMIENTOS TONICO CLONICOS) POR 10 SEG, SIN ALZA TÉRMICA ACOMPAÑADO DE CIANOSIS EN LABIOS, ACUDIENDO A HNNH, DONDE MANTUVIERON EN OBSERVACIÓN. DESARROLLO PSICOMOTOR: • ACORDE A LA EDAD • IDENTIFICA MAS DE DOS OBJETOS • AL MOMENTO SE DERIVA PARA VALORACIÓN POR PEDIATRIA Y SI ES PERTINENTE REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR NEUROLOGIA PEDIATRICA..AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO		G409	X		4.				
2.						5.				
3.						6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/11/07	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	