

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1353853441													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
											H	D	M	A					
VILLAMAR		MURILLO		NADIA		ANTHONELLA		F	06/04/2022	2				X					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA	DERIVACIÓN													
0985984044		NO				X	MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria 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.										X X				
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	CONSULTA EXTERNA	PEDIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 2 AÑO 7 MESES DE EDAD ACUDE EL DÍA DE HOY PARA CONTROL DE SALUD EN CNH. SE HACE CONTROL DE PESO Y TALLA ADEMÁS DE DAR SUPLEMENTACIONES ADECUADAS, MADRE REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA CRECIMIENTO EN GLÁNDULA MAMARIA DERECHA QUE HA IDO CRECIENDO DESDE LA ÚLTIMA VALORACIÓN, Y MENCIONA QUE PACIENTE SIENTE DOLOR, NIEGA FIEBRE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DIURESIS Y CATARSIS SIN DIFICULTAD. 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.	CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS			Z762		X	4.			
2.	TELARQUIA PRECOZ			E301	X		5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024/11/06	09.20	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

EVALUACIÓN DE LA 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 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