

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	1354104547								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		GENERO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
RODRIGUEZ		VALENCIA		MATHEO		GREGORIO		H	31/03/2023	18 MESE	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0979272844 / 0962600746 / 0962551529		No se Encuentra		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.								
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA		7. Insuficiencia de profesionales.								
						8. Inadecuada capacidad resolutoria								
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.								
						10.- FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P		HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"		CONSULTA EXTERNA	PEDIATRÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

LACTANTE MAYOR DE UN AÑO 6 MESES CON APP DE DCI, POR BAJA TALLA, ANEMIA, CONSTIPACIÓN CRÓNICA...

HA SIDO ATENDIDO POR ESTREÑIMIENTO DE MÁS DE UNA SEMANA Y LE HAN INDICADO RX. DE ABDOMEN DONDE SE VISUALIZAN NIVELES HIDROAÉREOS...

COMO TRATAMIENTO LE HAN DADO SUPOSITORIOS, PROBIOTICOS Y ALIMENTOS ALTOS EN FIBRA...

SU MADRE REFIERE LEVE MEJORIA PERO CONTINUA CON LA CONSTIPACIÓN POR ELLO SE I/C. CON PEDIATRÍA PARA DESCARTAR COLON AGANGLIOSICO Y SU PERTINENTE CONTRA-REFERENCIA PARA UN MEJOR SEGUIMIENTO EN APS... (POR TENER VARIOS FACTORES SOCIO-GEOGRAFICOS...)

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EX. FISICO: ABDOMEN GLOBULOSO NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL SI A LA PROFUNDA.... SIGNOS VITALES NORMALES

Rx.- SE VISUALIZAN NIVELES HIDROAÉREOS A PREDOMINIO DE MARCO COLÓNICO DERECHO...

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1.CONSTIPACION	K590		X	4	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO F809		X
2.ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG	Q431	X		5			
3.RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICIÓN PROTEICO-	E45	X		6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/10/2024	###	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		
1803403326		LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO MEDICO FAMILIAR		

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 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