

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	1354197731								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
CHOEZ	CHOEZ	ALEX	MIGUEL	H	27/07/2023	10meses	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN									
0983634184 / 0994053773	MSP	X	MOTIVO									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.									
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	3. Falta de equipamiento.									
			4. Equipos en mal estado.									X
			5. Problemas de infraestructura.									X
			6. Problemas de abastecimiento.									
			7. Insuficiencia de profesionales.									
			8. Inadecuada capacidad resolutive									
			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	HOSPITAL DE CHONE " Dr. NAPOLEON DAVILA "	CONSULTA EXTERNA	PEDIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

LACTANTE MENOR DE 10 MESES PRODUCTO DE CESÁREA DE MADRE ADOLESCENTE DE 15 AÑOS. CON APP DE DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA, REFIERE QUE NUNCA LE DIO LACTANCIA POR ALERGIA A LA LECHE.? (x SANGRE EN HECES...)

AL MOMENTO ACUDE CON SINTOMAS RESPIRATORIOS DE 5 DIAS DE EVOLUCIÓN DADO POR FIEBRE, SECRECIÓN NASAL Y TOS.

AL EX. FÍSICO: MUCOSAS HIPOCROMICAS. AR: MV RUDO CON RUIDOS TRASMITIDOS Y LEVE RONCOS... TAMBIÉN SE CONSTATA BAJA TALLA SEVERA Y SIGNOS DE DESNUTRICIÓN... POR ELLO SE REFIERE A PEDIATRIA PARA RE-EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO MULTIDICIPLINARIO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EX. FÍSICO: MUCOSAS HIPOCROMICAS. AR: MV RUDO CON RUIDOS TRASMITIDOS Y LEVE RONCOS... TAMBIÉN SE CONSTATA BAJA TALLA SEVERA Y SIGNOS DE DESNUTRICIÓN...

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRESUNTIVO	DEFIN
1. DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA	E440		X	4. ANEMIA POR DEFICIT DE HIERRO	D509	X	
2. RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICION PROTEICO	E45X	X					
3. RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	J00		X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
30/08/2024	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SELLO			
1803403326			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		