

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	CS TOSAGUA		C	1354265801		1354265801						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		BAILON		LEANDRO		JESUS		M	18/10/2023	12	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0999594556 -		NO IESS		1. Accesibilidad geográfica.		2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.		5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento.
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		7. Insuficiencia de profesionales.		8. Inadecuada capacidad resolutive		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA												

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	FISIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIO DE 12 MESES DE EDAD CON APP DE PREMATURIDAD A LOS 6 MESES, DESNUTRICION CRÓNICA SEVERA + MICROCEFALIA SECUNDARIA, RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR, QUE HA MEJORADO POCO CON LAS TERAPIAS FÍSICAS, ESTIMULACION TEMPRANA Y TERAPIA OCUPACIONAL, LLANTO FUERTE, DENVER II: SOSTIENE CON DIFICULTAD CABEZA, NO SE SIENTA, NO LOGRA BIPEDESTACION, NO LOGRA LOCOMOCION, DICE MA, AGUA. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA UNA MEJOR VALORACION FISIATRICO. PENDIENTE ESTUDIO CON NEUROLOGIA PEDIATRICA (NO HAY TURNOS).

E. DIAGNÓSTICO

1. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
	TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ		F82X		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
18/10/2024	8.30 AM	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FRMA	SELLO	
1310509771				

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

[illegible]

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

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	