

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	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		X	DERIVACIÓN						
0999594556 -		NO IESS		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.				
				2. Falta de espacio físico.					7. Insuficiencia de profesionales.				
				3. Falta de equipamiento.		X			8. Inadecuada capacidad resolutive				
				4. Equipos en mal estado.					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
				5. Problemas de infraestructura.									
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		NEUROLOGIA	

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 FISICAS, 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 ESPECIALIZADA. (NEUROLOGIA PEDIATRICA NO HAY TURNOS).

PC: 39.3 cm PC/E: -5.26

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ	F82X		X	4.			
2.	MICROCEFALIA	Q02X		X	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		PINLAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	