

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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA		CONSULTA EXTERNA		PEDIATRÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIO DE 12 MESES DE EDAD CON APP DE PREMATURIDAD A LOS 6 MESES, DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA + MICROCEFALÍA SECUNDARIA, RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR, QUE HA MEJORADO POCO CON LAS TERAPIAS FÍSICAS, ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y TERAPIA OCUPACIONAL, LLANTO FUERTE, DENVER II: SOSTIENE CON DIFICULTAD CABEZA, NO SE SIENTA, NO LOGRA BIPEDESTACIÓN, NO LOGRA LOCOMOCIÓN, DICE MA, AGUA. SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA UNA MEJOR VALORACIÓN ESPECIALIZADA. (NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA NO HAY TURNOS).

PC: 39.3 cm PC/E: -5.26

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	OE	PRE	DEF						
1. TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCIÓN MOTRIZ	F82X		X	4.					
2. MICROCEFALÍA	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		PINCAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771		 Firmado electrónicamente por: JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY					

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		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	OE	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	