

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	1354440990								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		GENERO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		PINTO		DAIAN		MATHIAS		H	12/07/2024	1MES	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0981235418 / 0980211276				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		X				
								9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		X				
								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	
MSP		HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"		CONSULTA EXTERNA		PEDIATRÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

LACTANTE MENOR MASCULINO DE UN MES 24 DIAS PRODUCTO DE CESAREA URGENTE, CON PESO: 2735GR. TALLA 48CM. P. CEFÁLICO: 33CM. APGAR 9/10 A LOS 5° MIUNUTOS AL MOMENTO ES TRAÍDO POR CONTROL, CON POCA GANANCIA DE PESO Y "LLAGA EN LA BOQUITA"

AL EX. FÍSICO SE CONSTATA LESIÓN SUBLINGUAL TIPO MUGUET O ESTOMATITIS, SENSORIO LIBRE, REFLEJOS PROPIOS DE SU EDAD, MUCOSAS CON LEVE TINTE FLAVÍNICO

AR: MV NORMAL. ACV: RsCsRsS/S. **MICROCEFALIA** POR PERÍMETRO CEFÁLICO, CURVA DE CRECIMIENTO ESTACIONARIA , FIMOSIS...

SE INDICA NISTAINA EN SUSP. RECOMENDACIONES GENERALES E I/C. CON PEDIATRÍA.

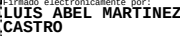
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

MICROCEFALIA POR PERÍMETRO CEFÁLICO, CURVA DE CRECIMIENTO ESTACIONARIA , FIMOSIS Y LESIÓN SUBLINGUAL DE 2CM DE DIÁMETRO...

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. MICROCEFALIA	Q02X		X	4. ICTERICIA NEONATAL, PARA ESTUDIO	P599	X	
2. ESTOMATITIS CANDIDIASICA	B370		X				
3. DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA,	E46	X					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
04/09/2024	12.00	LUIS ABEL		MARTINEZ		CASTRO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		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			