

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	C. S TOSAGUA		TIPO C	1354507525							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SABANDO	FALLAIN		JAVIERA		GUADALUPE		F	28/10/2024	1	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0968992085-0960116128		NO		X				6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA						8. Inadecuada capacidad resolutive					
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
								X					
								X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA		PEDIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

LACTANTE MAYOR QUE ES TRAÍDO POR LA MADRE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PESO Y TALLA, APP DE PREMATURIDAD A LAS 28 SG + RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD, QUIEN TIENE PENDIENTE CIRUGÍA EN FUNDACION OSWALDO LOOR, ADEMÁS DE PRESENCIA DE NEVUS ROJO EN REGION SUPRA ESCAPULAR IZQUIERDA EL CUAL HA IDO CRECIENDO PROGRESIVAMENTE DE TAMAÑO, REFIERE LA MADRE QUE HOY SE ENCUENTRA, MUY BIEN, BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, ALIMENTACIÓN A BSE DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, ACTIVO, VIGOROSO, LLANTO FUERTE, DENVER II: NORMAL. REVISIÓN DE CURVAS DE CRECIMIENTO DE LA OMS, SE LO OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTUALIZADO PARA LA EDAD, PRÓXIMA VACUNACIÓN, AFEBRIL. REFERENCIA A PEDIATRIA (MADRE REFIERE QUE PIERDE CITA) SE EMITE REFERENCIA NUEVAMENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	HEMANGIOMA, DE CUALQUIER SITIO			D180	X		4.				
2.	RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD			H351		X	5.				
3.							6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/01/30	16:00	YOLANDA		CEDEÑO		CEDEÑO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1311762940				ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:			

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA		SI		NO	DERIVACIÓNJUSTIFICADA		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			