

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	1354508085								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MOSQUERA		ARREAGA		AMELIA		DAILYN		F	29/10/2024	8	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
0967022935		NO												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA										
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.														
7. Insuficiencia de profesionales.														
8. Inadecuada capacidad resolutive														
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios														

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

LACTANTE DE 8 MESES 24 DÍAS DE EDAD QUE ES TRAÍDO POR LA MADRE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PESO Y TALLA, REFIERE LA MADRE QUE SE ENCUENTRA MUY BIEN, BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA, TOMA EL SENO, SUCCIONA EL PECHO CON AVIDEZ, 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, ESQUEMA VACUNACIÓN ACTUALIZADO PARA LA EDAD, AFEBRIL. REFIERE QUE MESES PASADOS HA PRESENTADO FIEBRES A REPETICIÓN SIN CAUSA APARENTE, MADRE REFIERE QUE LA HA LLEVADO A LA EMERGENCIA, MÉDICOS PARTICULARES EN DONDE SE HA HECHO LABORATORIOS, CON INGRESO HOSPITALARIO POR ASMA BRONQUIAL ???A INICIOS DE MES, MADRE MENCIONA QUE PACIENTE ADEMAS NO HA AVANZADO EN HITOS DE DESARROLLO QUE ESPERA TURNO POR ESTIMULACIÓN TEMPRANA AL MOMENTO, DURANTE CONSULTA PACIENTE ACTIVA, AFEBRIL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF	
1.	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA			J42X	X		4.							
2.							5.							
3.							6.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/07/23	12:00	Yolanda		Cedeño		Cedeño	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
1311762940						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

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 EXAMENES 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	

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA