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	1354579417	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
RODRIGUEZ	VELEZ	DANTE	JESUS	H	24/02/2025	7			X	

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0986335748-0994211926	SI, CCAMPESINO

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

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 resolutiva [X]
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios [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 DE 7 MESES 27 DIAS DE EDAD, QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE, PARTO POR CESAREA, 38 SG CON PESO 3050 G; TALLA 50 CM; APGAR 8/7; ESTIMULACIÓN OXIGENO TERAPIA; HOSPITALIZACIONES: SÍNDROME DE INSUFICIENCIA DE RESPIRATORIO DEL RECIÉN NACIDO, CONVULSIONES LLEGO A INTUBARSE DURANTE 10 DIAS, LUEGO SEGUNDA HOSPITALIZACIÓN POR BRONQUIOLITOS AL MES CON 8 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN, DESARROLLO ADECUADO: SOSTÉN CEFALICO 5 MESES, GATEO NO, AGARRE DE OBJETOS SI, GORJEOS SI.. AL MOMENTO NO REFIERE ALERGIAS A MEDICAMENTOS, NO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, VACUNACIÓN : ESQUEMA ACTUALIZADO, APF: NO REFIERE VIVE CON: DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR . REFIERE MADRE, CON BUEN ESTADO GENERAL DE SALUD, ACTIVO REACTIVO, LLANTO VIGOROSO, APETITO CONSERVADO, ALIMENTACIÓN A BASE DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, NIEGA SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES, NIEGA FIEBRE, DIURESIS NORMAL, DEFECACIÓN NORMAL. PACIENTE CON CONTROLES NEUROLOGICOS SIN CITA SUBSECUENTE, SE REFIERE A PEDIATRÍA PARA DEBIDA DERIVACIÓN., AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO		X		4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/10/21	16:00			

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO
	Firmado electrónicamente por: YOLANDA CAROLINA CEDENO CEDENO Validar únicamente con FirmaEC	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÒN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÒNJUSTIFICADA	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