

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	1354596528		1354596528																												
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																									
HOLGUIN		GARCIA		MOISES		SAMIR		M	26/03/2025	7m	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td>X</td><td></td></tr></table>				H	D	M	A			X															
H	D	M	A																																	
		X																																		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO																												
0978761489 - 0962965712		NO REGISTRA		☒		☐		<table><tr><td>☐</td><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☒</td></tr><tr><td>☒</td><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td><td></td><td>☐</td></tr></table>				☐	1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☒	☒	3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☐	☐	4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐	☐	5. Problemas de infraestructura.	☐		☐
☐	1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																																
☐	2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☒																																
☒	3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☐																																
☐	4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																																
☐	5. Problemas de infraestructura.	☐		☐																																
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																																				
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA																																	
MANABÍ	TOSAGUA		TOSAGUA																																	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

LACTANTE DE 7 MESES DE EDAD BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, CORRECTA ABLACTACION, AUN TOMA EL SENO, SUCCIONA EL PECHO CON AVIDEZ, ACTIVO, VIGOROSO, LLANTO FUERTE, DENVER II: NORMAL. MADRE NOS REFIERE "BOLITA" EN LUGAR DE INOCULACION DE VACUNA HEXAVALENTE EL 18/08/2025, NIEGA SUPURACION, NIEGA OTROS SINTOMAS, SE LO OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, PENDIENTE HEXA 3ERA DOSIS. AFEBRIL. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION MEDICA POR PROTOCOLO.

SE OBSERVA Y SE PALPA MASA TUMORAL DE +/- 2cm DE DIÁMETRO EN CARA LATERAL DE MUSLO DERECHO, CON CAMBIOS DE COLOR Y LEVE TEMPERATURA, NO SUPURACIÓN.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	EFFECTOS ADVERSOS DE OTRAS VACUNAS Y SUSTANCIAS BIOLOGICAS ESPECIFICAD	Y598		X	4.			
2.	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO	L024	X		5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
13/11/2025	10.25 am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINCAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	