

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	1354602516							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
							H	D	M	A			
SANCHEZ	CEDEÑO	NEHEMIAS	RENE	H	06/04/2025	5				X			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐						
0979431697-0991036822		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	C. EXTERNA	PEDIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO LACTANTE MENOR NACIDO POR CESREA, AL MOEMNTO ALIMENTACIÓN MIXTA. AL EXAMEN FISICO: A LA AUSCULTACION CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS. SE OBSERVA APERTURA DE LA VULVA DE APROXIMAMENTE DE 3CM. SE OBSERVO DESDE LOS 5 DIAS DE NACIMEINTO QUE AUN NO CEDE CON EL CRECIMIENTO, SE DECIDE REFERIR A PEDIATRÍA PARA TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO., AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.
--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	FISURA DE LA UVULA			Q357		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
2025/09/16	16:00		SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO
		ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

EVALUACION DE LA REFERENCIA/DERIVACION											
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACION JUSTIFICADA	SI		NO			
CONTRA REFERENCIA					REFERENCIA INVERSA						

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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 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