

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1354652032					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
							H	D	M	A	
ZAMBRANO	LOPEZ	LENIS	JAIR	H	23/06/2025	3			X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA		X	DERIVACIÓN					
0998931152 LLAMAR POR WSAP		NO	1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.		X X			
			2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.					
3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria									
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									
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

APARENTE FACIES SINDROMICA*** OJOS: ***HENDIDURA OBLICUA***. ***IMPLANTACION LIGERAMENTE BAJA. OIDO DERECHO EN PABELLON AUDICULAR PRESENCIA DE ORIFICIO (1MM)
(APARENTEMENTE FISTULA PREAURICULAR).***. NARIZ FOSAS NASALES PERMEABLES, NO ALETO NASAL. BOCA: ***APARENTE MACROGLOSSIA***, BRINDO GUIAS ANTICIPATORIAS, REMITO A
ESTIMULACION TEMPRANA (NUEVAMENTE)*** 20 SESIONES. CONSULTA SUBSECUENTE. SE ABORDA TEMA DE POSIBLE DIAGNOSTICO DE DOWN MADRE MENCIONA QUE ELLA Y EL ESPOSO LO HAN
HABLADO Y QUE VEN AL NIÑO NORMAL ***EN UNIDAD DESDE PRIMERA CONSULTA SE ABORDO EL TEMA, EL DIA DE HOY SE INTERCONSULTA CON PSICOLOGIA PARA ABORDAJE MULTIDICIPLINARIO,
BRINDO REFERENCIA PARA VALORACION PEDIATRIA PARA TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO-

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNOSTICO		PRE = PRESUNTIVO	DEF = DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO			Q909	X		4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/09/26	16:00			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA	
			SELLO	
			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

F. DIAGNOSTICO		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	