

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			CENTRO SALUD SAN BARTOLO	A	1354697680		1354697680																										
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																								
SOLORZANO		TORRES		ADRIEL		JOSUE	H	08/09/25	2	<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)				REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐	MOTIVO																									
980085904				<table><tr><td></td><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td></td></tr><tr><td></td><td>2. Falta de espacio físico.</td><td></td></tr><tr><td></td><td>3. Falta de equipamiento.</td><td></td></tr><tr><td></td><td>4. Equipos en mal estado.</td><td></td></tr></table>				1. Accesibilidad geográfica.			2. Falta de espacio físico.			3. Falta de equipamiento.			4. Equipos en mal estado.		<table><tr><td></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td></td></tr><tr><td></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td></td></tr><tr><td></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td></td></tr><tr><td></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>X</td></tr></table>				6. Problemas de abastecimiento.			7. Insuficiencia de profesionales.			8. Inadecuada capacidad resolutive			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	X
	1. Accesibilidad geográfica.																																
	2. Falta de espacio físico.																																
	3. Falta de equipamiento.																																
	4. Equipos en mal estado.																																
	6. Problemas de abastecimiento.																																
	7. Insuficiencia de profesionales.																																
	8. Inadecuada capacidad resolutive																																
	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	X																															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																																	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																															
MANABI	BOLIVAR	CALCETA																															
				5. Problemas de infraestructura.																													

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL ANIBAL GONZALEZ	CONSULTA EXTERNA	PEDIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE LACTANTE MASCULINO 2 MESES DE EDAD. AL MOMENTO MADRE REFIERE QUE PACIENTE DIURESIS NORMAL, DEPOSICIONES: ESTREÑIMIENTO DE 3 DIAS, DESDE LOS 2 MESES TIENE CONSTIPACION. AL EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALO, FONTANELAS NORMOTENSAS, TORAX EXPANSIBLE CSPS VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS NORMALES, RSHS PRESENTES, ABDOMEN DISTENDIDO, PRESENCIA DE GRANULOMA UMBILICAL, SIN SIGNOS DE INFECCION, EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN LESIONES, REFLEJOS PRESENTES, TEST DE DENVER NORMAL, PESO Y TALLA ACORDE A LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO (CITA HOY). LE HAN COLOCADO NEOMICINA TOPICA RECETADO POR PEDIATRIA PARTICULAR, INDICACIONES: HIGIENE, ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, CUIDADO DE LA PIEL DEL RECIEN NACIDO, CUIDADO DE ZONA UMBILICAL, SIGNOS DE ALARMA, SIGNOS DE ALARMA DENGUE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

EXAMEN FISICO: LESION ROJIZA, HUMEDA, DE ASPECTO GRANULAR EN EL OMBLIGO DE 2CM DE TAMAÑO APROXIMADAMENTE, APARENTEMENTE NO DOLORSA , PRESENCIA DE GRANULOMA UMBILICAL DE CM, SIN SIGNOS DE INFECCION

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	GRANULOMA UMBILICAL	P8381		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/11/25	12:30:00	GABRIEL	INTRIAGO	ZAMBRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310605587				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

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	