

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	1354704437								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
HIDALGO		MOREIRA		DEREK		LIAM		H	19/09/2025	2 meses	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0980883312 / 0986536536				X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.						
MANABÍ				TOSAGUA		TOSAGUA		7. Insuficiencia de profesionales.						
								8. Inadecuada capacidad resolutive		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 BASICO DE ROCAFUERTE NHN		CONSULTA EXTERNA		PEDIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

LACTANTE MENOR DE 2 MESES PRODUCTO DE PARTO PREMATURO A LAS 28 SG (19/09/2025) CON APP MATERNOS: E:5, P: 4 (VAGINALES 2015 FALLECIDO POR PREMATURIDAD), POSTERIOR AL PARTO ESTUVO HOSPITALIZADO EN NEONATOLOGÍA UN MES TRES SEMANAS...PESO AL NACER: 1485gr. P.CEFÁLICO: 29cm. TALLA: 46cm. APGAR: 4/9 Y 6/10 AHORA CON PESO: 2860GR. TALLA: 47 cm Y P. CEFÁLICO: 32.5cm... SENSORIO LIBRE, REFLEJOS PROPIOS DEL RN COMO SUCCIÓN, APRENCIÓN, MORO... AL Ex. FISICO. PIEL Y MUCOSAS LIGERAMENTE DESHIDRATADAS... APERTURA VISUAL, MUCOSAS NORMOCROMICAS AR. MV NORMAL ACV: RsCsRs S/s. EN EL TAMIZAJE METABÓLICO SALE ALTERADO EL PARÁMETRO PARA INSUFICIENCIA SUPRA-RENAL POR ELLO SE VUELVE A TOMAR LA MUESTRA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EN REULTADO DE HEMOGRAMA HB: 11.4 GR/DL.- Y G. ROJOS. 3.94 x10/L.

SE INDICA RECOMENDACIONES GENERALES, EX. DE LAB. Y REFERENCIA A PEDIATRIA

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. ANEMIA DE LA PREMATURIDAD	P612		X	4	TRASTORNO DE LA GLANDULA SUPRARRENAL, NO ESPECIFICA	E279	X
2. DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE	E441		X	5			
3. MICROCEFALIA	Q02X		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
02/12/2024	12.00	LUIS ABEL		MARTINEZ		CASTRO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1803403326						MEDICO FAMILIAR	

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

	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	