

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1756996433	1756996433								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CAICEDO		ZAMBRANO		DYLAN		ALEXIS		M	9/7/2015	9	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN								
979691986				X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.								
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X						
MANABI				5. Problemas de infraestructura.		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 NAPOLEÓN DAVILA CORDOBA		CONSULTA EXTERNA		PEDIATRÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 9 AÑOS DE EDAD . ACUDE A CONSULTA POR DIFICULTAD PARA ARTICULAR LAS PALABRAS O FRASES DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN SIN CAUSA NO ESPECIFICADA. AL MOMENTO REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA. AL MOMENTO SIGNOS VITALES Y EXÁMEN FÍSICO AFEBRIL CUELLO SIMÉTRICO NO ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADOS CLAROS RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIVO NO DOLOROSO RUIDOS HIDROAREOS AUDIBLES EXTREMIDADES SIMETRICAS Y NO EDEMAS SIGNOS VITALES PRESIÓN 90/50MMHG PULSO 110 T37°. SATURACIÓN 98% RESPIRACIÓN 22 GLASGOW 15/15. SE REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR PEDIATRÍA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Leucocitos#10000x103ul
neutrofilo 58%
Hemoglobina12.6 g/dl
HEMATOCRITO 35%

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. TRASTORNOS DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	F80	X		4.	TRASTORNO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	F80	X
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
7/2/2025	12:00	RÓMULO		MUÑOZ		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1312022369		RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA					

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			