

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         | 1758841249                       |            | 1758841249        |                                                         |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO       | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| GOROZABEL                             |  | VILELA            |                          | BRIANA                           |           | MICHELLE                         | F          | 22/06/2018        | 7                                                       | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                       |           | X                                | DERIVACIÓN |                   |                                                         |                         |   |   |   |
| 0960240285 - 0963031796               |  | NO REGISTRA       |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  | MOTIVO     |                   | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  |            |                   | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                          | PARROQUIA                        |           | X                                |            |                   | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                |  | TOSAGUA           |                          | TOSAGUA                          |           |                                  |            |                   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           |                                  |            |                   |                                                         |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  |            |                   |                                                         |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |            |                   |                                                         |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | PEDIATRIA    |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ESCOLAR CON APF: AGENESIA RENAL IZQUIERDA Y ÚTERO BIDELFO (MADRE), APP: PREMATURIDAD A LAS 33 SG POR CESÁREA POR ÚTERO BIDELFO DE LA MADRE, REPRESENTANTE NOS REFIERE MICCIONES RECURRENTES DESDE HACE +/- UN AÑO DE EVOLUCIÓN ACOMPAÑADO DE DOLOR SORDO EN MESOGASTRIO Y FOSAS ILIACAS BILATERALES ADEMAS DE INCONTINENCIA URINARIA. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

PENDIENTE DE ECOGRAFIA.

UROTAC: NO IMPRESIONA VISUALIZAR ALGUNA PATOLOGÍA ORGÁNICA.

UROANALISIS: PROTEÍNA: Negativo, GLUCOSA: Negativo. Leu 1-3 xc/; Ert: 0-1xc/; Cel Epi: algunas; MOCO: escasas

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, RHA PRESENTES, NO SE OBSERVA MEGALIAS, DOLOR A LA PALPACION SUPERFICAL Y PROFUNDA EN MESOGASTRIO Y FOSAS ILIACAS. DOLOR EN PPRU POSTERIORES Y ANTERIORES Y A LA PUÑO-PERCUSION.

E. DIAGNÓSTICO

|                                                       |      |     |     |    |     |     |     |
|-------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO                    | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1. INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | N390 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2. CALCULO URINARIO, NO ESPECIFICADO                  | N209 | X   |     | 5. |     |     |     |
| 3. LINFADENITIS MESENTERICA INESPECIFICA              | I880 | X   |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 24/10/2025                            | 2.15 pm         | JUAN JOSÉ     | ZAMBRANO        | PINCAY           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1310509771                            |                 |               |                 |                  |

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|                                    |     |     |     |    |     |     |     |
|------------------------------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
|                                       |                 |               |                 |                  |