

CERTIFICADO MÉDICO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Certifico que el paciente Maykel Alejandro Perilla Quintero Fecha de Nacimiento: 10/07/2016
(2 nombres 2 apellidos) dd/mm/aa
Cédula de Identidad 1757322522 Historia Clínica 1257322522 ha permanecido hospitalizado en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz, en el Servicio de: Neurología, desde hasta 23/04/2021
dd/mm/aa dd/mm/aa
Diagnóstico: **ENFERMEDAD GENERAL** Paciente Operado: si no Fecha de cirugía:
dd/mm/aa
Paciente requiere reposo de día(s) desde la fecha de emisión de este certificado.
en letras

INFORMACIÓN DEL FAMILIAR / REPRESENTANTE LEGAL

El paciente acude en compañía de Ana Lucía Perilla Quintero, cuyo parentesco corresponde
a: Madre con Cédula de Identidad

Próxima consulta: 3 mayo
dd/mm/aa

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Fecha de certificado: 23/04/2021 Médico responsable:
dd/mm/aa

Lyaly Lopez C.
Dra. Nombre, firma y sello.
NEUROLOGA
8704390079

HPBO-GCE-FMA-02-2016

El presente certificado tiene validez únicamente con la firma y sello del médico tratante que trabaje en el hospital.
Para información comunicarse a los teléfonos 222 1702 ó 394 2800 ext. 3031.



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA									
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
PADILLA		QUINTEROS		MAYKEL ALEJANDRO		10/03/2016		5	Hombre
						Día-mes-año		Años	H-M
Nacionalidad	Pais	Cedula de ciudadanía O pasaporte	Lugar de residencia Actual			Dirección Domicilio		No Telefonico	
ECUATORIANO/A	EC	1757322522	17	01	55	EMILIO ESTRADA LA VICTORIA		2451822	0990476763
ver instructivo		Cedula 10 digitos	Provincia	Canlon	Parroquia	Calle principal	Calle secundaria	Convencional/celular	

II. REFERENCIA														
1 <input type="checkbox"/>					DERIVACIÓN					2 <input checked="" type="checkbox"/>				
1. Datos institucionales														
Entidad del sistema		Hist. Clínica No		Establecimiento de salud				Tipo	Distrito/Área					
MSP		1757322522		SAN JUAN DE CALDERON				A	17D03					
Refiere o Deriva a:								Fecha						
MSP		HGDC		CE		NEUMOLOGIA		31/08/2021						
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Servicio		Especialidad		Dia-mes-año						
2. Motivo de la Referencia o Derivación														
Limitada capacidad resolutive				1 <input checked="" type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada				4 <input type="checkbox"/>					
Ausencia temporal del profesional				2 <input type="checkbox"/>	Otros/Especifique				5 <input type="checkbox"/>					
Falta de profesional				3 <input type="checkbox"/>										

3. Resumen del cuadro clínico									
<p>PACIENTE DE 5 AÑOS DE EDAD LA MADRE REFIERE PRESENTE RINORREA, CONGESTION NASAL FRECUENTEMENTE QUE SE EXACERBA POR LAS NOCHES, TOS SECA EN OCASIONES, CUADROS DE NEUMONIA EN MAS MENOS EN 10 OCASIONES TRATADO EN EL HOSPITAL, APP RINITIS ALERGICA, SINDROME DE DOWN, RAM NO REFIERE, EXAMEN FISICO RESPIRATORIO MURMULLO VESICULAR AUDIBLE, SE AUSCULTAN ESTERTORES RONCOS, NO SE PALPA UN TESTICULO EN LA BOLSA ESCROTAL, MADRE SOLICITA RECALIFICACION DE DISCAPACIDAD.</p>									

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos										
5. Diagnósticos								CIÉ-10	PRE	DEF
1 SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO								Q909		x
2 BRONQUITIS CRONICA								J42	x	
Nombre del profesional		E. CASTELLON			Cod Msp		Dr. Edwin Castellon Quinteros	Firma		
<p>MEDICINA FAMILIAR Nº Reg. 17567021</p>										

III. CONTRAREFERENCIA														
3 <input type="checkbox"/>					REFERENCIA INVERSA					4 <input type="checkbox"/>				
1. Datos institucionales														
Entidad del sistema		Hist. Clínica No		Establecimiento de salud		Tipo	Servicio	Especialidad del servicio						
Contrarefiere o Referencia inversa a:								Fecha						
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Área		día	mes	año					
2. Resumen del cuadro clínico														
3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos														
4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados														
5. Diagnósticos								CIÉ-10	PRE	DEF				
1														
2														
6. Tratamiento recomendado a seguir en el Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad														
Nombre del profesional					Cod Msp		Firma							



FORMULARIO DE AGENDAMIENTO DE CITA MÉDICA

Información del Paciente:

Nombres : (dos nombres) **MAYKEL ALEXANDRO** Apellidos: (dos apellidos) **PADILLA CORDEROS**
 Fecha de Nacimiento: (día/mes/año) **10/03/2016** Cédula Identidad: **1757322522**
 Código Provisional: Lugar de Residencia: QUITO OTRO Tipo de atención: PRIMERA VEZ SUBSECUENTE

Para ser llenado por el Profesional que SOLICITA la Cita Médica

Tipo de cita que requiere agendar
 CITA SUBSECUENTE
 AUDIOMETRÍA
 ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)
 ECOCARDIOGRAMA (ECO-CARDIO)
 VIDEO ELECTROENCEFALOGRAMA (VIDEO EEG)
 POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS
 POTENCIALES EVOCADOS VISUALES
 OPTOMETRÍA
 TERAPIA RESPIRATORIA
 CITA CON OTRA ESPECIALIDAD (especificar cuál):
 OTRAS:

Para ser llenado por el Profesional que AGENDA la Cita Médica

#	FECHA (día/mes/año)	HORA	CONSULTORIO	ESPECIALIDAD	SOLICITUD DEL MÉDICO
1	27/04/2021	8:30	Dulce	Neurología	-Cita con 3 meses
2	03/12/2021	11:30	8c	NEUROLOGÍA	-Cita con 3 meses
3	28/10/2021	13:00	48c	Endocrinología	-Evaluación
4	28/10/2021	11:00	21c	Genética	-Evaluación
5	03/12/2021	09:30	60c	Psiquiatría	
6	23/12/2021	17:30	52 A	Neurología	Dra. Lopo
7	2021/09			ORL	
8	2021/12			Neurología	Dra. Lopo
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:

Datos de Contacto (Registre los datos correctos)

Dra. Nathaly Lopo C.
 NEUROLOGA PEDIATRA
 02-394-4376079

Nombre: Teléfono:
 Nombre: Teléfono:

INFORMACIÓN PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE: Recuerde que para legalizar la cita previa deberá acercarse a la ventanilla de agendamiento el mismo día que recibe este documento. El día de su cita médica, deberá acudir 30 minutos antes de la hora señalada en la cita.

Este documento es válido, solo con la firma y sello del Médico Tratante.

EN CASO DE NO PODER ASISTIR A LA CITA MÉDICA, ES INDISPENSABLE QUE CANCELE SU CITA CON MÍNIMO 24 HORAS A LA FECHA PROGRAMADA A ESTE NÚMERO: 02-394-2800 extensión 3045/3046/3047.