



| 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                                                         | 001414           | Convento                         | CS             | 1351554140                                              |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Giler                                                       | Giler            | Kenly                            | Thalia         | M                                                       | 01-03-2011        | 14   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                                  |                |                                                         |                   |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                       |                | DERIVACIÓN MOTIVO                                       |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 096-380-9957                                                |                  | X                                |                |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 2. Falta de espacio físico.      |                | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 3. Falta de equipamiento.        |                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 4. Equipos en mal estado.        |                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 5. Problemas de infraestructura. |                |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                        |                |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1303             | 130353                           |                |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                                          |                  |               |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|---------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 | SERVICIO         | ESPECIALIDAD  |
| MSP                                                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Traumatologia |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINO DE 14 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO EN COMPAÑIA DE S U MADRE POR PRESENTAR CUADROCLÍNICO DE LARGA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PIE PLANO REFIERE TRATAMIENTO CUANDO TENIA 6 AÑOS- PERO NO LOCOMPLETO AL MOMENTO REFIERE DOLOR EN PLANTA DE PIES REFIERE AFECTACION DE RODILLA HACIA ABAJO QUE CAUSANLIMITACION FUNCIONAL AL CAMINAR MUCHO TIEMPO O REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AL EXAMEN FISICO AS HÚMEDAS- OROFARINGE HIPERÉMICA- CUELLO SIN ADENOPATÍAS- CSPS VENTILADOS- RSCS RÍTMICOS- ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN- EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. PIES PRESENCIA DE PIE PLANO EN GRADO III MEDIDAS GENERALES- ALIMENTACIÓN SALUDA BLE- EJERCICIO FÍSICO DIARIO 60 MIN- ASEO DIARIO- PARACETAMOL 500 C8H- - SIGNOS DE ALARMA. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA CONTROL SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE CON PIE PLANO AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA |

| E. DIAGNÓSTICO |                                    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Pie Plano [Pes Planus] (Adquirido) |                                    | M214 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                    |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                    |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-07-03                            | 12:43           | Maria         | Andrade         | Barreiro         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1310675093                            |                 |               |                 |                  |

| 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<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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |