



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	Eloy Alfaro		CS-A	1352941072																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Mendoza		Moreira		Thiago		Mathias		H	15-08-2018	7	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X				
H	D	M	A																				
			X																				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO																	
0984466721				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.																			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.																		
13		1303	130355		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 General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Pediatría	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR CUADRO DE ALERGIA DE POCAS HORAS DE EVOLUCIÓN-CARACTERIZADO POR LESIONES CUTÁNEAS TIPO RONCHAS Y PRURITO- SIN COMPROMISO RESPIRATORIO; AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE- CONSCIENTE- ORIENTADO Y EN BUEN ESTADO GENERAL. COMO ANTECEDENTE RELEVANTE- PRESENTA FRACTURA DE FÉMUR IZQUIERDO EL 29 DE OCTUBRE- LA CUAL FUE MANIPULADA POR PARTE DE SOBADOR- CON HISTORIA ADICIONAL DE FRACTURAS PREVIAS EN EL MISMO MIEMBRO TRATADAS CON INMOVILIZACIÓN. ACUDE CON RADIOGRAFÍA DE FÉMUR IZQUIERDO EN LA QUE SE EVIDENCIA IMAGEN COMPATIBLE CON LESIÓN QUÍSTICA EN LA DIÁFISIS FEMORAL. AL EXAMEN FÍSICO ACTUAL- PACIENTE NORMOHIDRATADO- NORMOCOLOREADO- SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA- CON LESIONES CUTÁNEAS URTICARIALES Y SIN SIGNOS AGUDOS DE INFLAMACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO; REFIERE DOLOR EN DICHO MIEMBRO ASOCIADO A LA ACTIVIDAD FÍSICA- CON EVA 6/10. POR LO EXPUESTO- SE DECIDE REFERENCIA A UNIDAD DETERMINAR NIVEL PARA VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA/ORTOPEDIA PEDIÁTRICA- CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EN LA RADIOGRAFÍA DE FÉMUR IZQUIERDO- REALIZADA EN FEBRERO DEL 2026. EN PROYECCIONES AP Y LATERAL SE OBSERVA UNA IMAGEN RADIOLÚCIDA BIEN DELIMITADA A NIVEL DE LA DIÁFISIS FEMORAL- DE ASPECTO LÍTICO- CON ADELGAZAMIENTO DE LA CORTICAL ÓSEA CIRCUNDANTE Y SIN EVIDENCIA CLARA DE REACCIÓN PERIÓSTICA AGRESIVA; NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA AGUDA DESPLAZADA EN LAS IMÁGENES PRESENTADAS. LOS HALLAZGOS SON SUGESTIVOS DE UNA LESIÓN QUÍSTICA ÓSEA- POSIBLEMENTE BENIGNA- EN EL CONTEXTO DE ANTECEDENTES DE TRAUMATISMOS PREVIOS EN EL MISMO SEGMENTO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Quiste Oseo Solitario		M854		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-26	10:29	Milton		Barreto	Chica
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1312587668					

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	