



| 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      | 1354391474                         |  |                                                         |                   |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Garcia                                                      |  | Cox              |                          | Jahiled                      |           | Abigail                            |  | M                                                       | 01-05-2024        | 2    | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                          |                              |           |                                    |  |                                                         |                   |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                          | REFERENCIA                   |           | DERIVACIÓN                         |  |                                                         |                   |      |                         |
| 0995741250                                                  |  |                  |                          | X                            |           |                                    |  |                                                         |                   |      |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica. |           | 6. Problemas de abastecimiento.    |  |                                                         |                   |      |                         |
|                                                             |  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.  |           | 7. Insuficiencia de profesionales. |  |                                                         |                   |      |                         |
| PROVINCIA                                                   |  | CANTÓN           |                          | PARROQUIA                    |           | 3. Falta de equipamiento.          |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   | X    |                         |
| 13                                                          |  | 1303             |                          | 130356                       |           | 4. Equipos en mal estado.          |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |
|                                                             |  |                  |                          |                              |           | 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 |  | Fisiatria    |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LACTANTE MENOR DE 2 AÑOS DE EDAD CON APP DE TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE NO ESPECIFICADO PEEQUINIVARO ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE QUE ACUDE A CONSULTA EN CENTRO DE SALUD PARASEGUIMIENTO Y EMISIÓN DE REFERENCIA A SERVICIO DE FISIATRIA. MADRE REFIERE ANTECEDENTE DE PIE EQUINOVARO Y TRASTORNO DEL HABLA Y LENGUAJE- ACTUALMENTE EN CONTROLES POR ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA- DESDE DONDE SE INDICA CONTINUIDAD DE TERAPIAS DE REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINARIO. PACIENTE SE ENCUENTRA EN MANEJO TERAPÉUTICO PREVIO- CON NECESIDAD DE VALORACIÓN POR FISIATRÍA PARA CONTINUIDAD Y AJUSTE DE PLAN REHABILITADOR. AL EXAMEN FÍSICO- PACIENTE CONSCIENTE- COLABORADORA- HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. SE EVIDENCIA ALTERACIÓN EN LA MARCHA ASOCIADA A PIE EQUINOVARO- SIN SIGNOS DE PROCESO INFLAMATORIO AGUDO. EN EL ÁREA DEL LENGUAJE PRESENTA DIFICULTAD EN ARTICULACIÓN Y EXPRESIÓN VERBAL ACORDE A ANTECEDENTE CONOCIDO. SIN OTROS HALLAZGOS DE ALARMA AL MOMENTO DE LA CONSULTA. [NOTA: MADRE INDICA QUE ACUDE A HOSPITAL DE CHONE EL CUAL NOS MENCIONA QUE ESPECIALISTA PEDIATRICA ENVIA AL CENTRO DE SALUD PARA PETICION DIRECTAMENTE A ESPECIALIDAD DE FISIATRIA YA QUE POR PROCESOS INTERNOS DE LA INSTITUCION NO LE PUEDE AYUDAR ENVIANDOLE DIRECTAMENTE A LAS TERAPIAS CON MEDICO ENCARGADO POR SU CONDICION DE BASE- LO CUAL ACUDE A ESTA UNIDAD PARA SOLICITUD] |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| N/A                                                               |

| E. DIAGNÓSTICO |                     | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Talipes Equinovarus |                                    | Q660 |     | 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 |
| 2026-05-28                            | 12:12           | 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |