

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	CEDEÑO	MARIA GUADALUPE	16	08	2016	9 años, 4 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0960974475	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RIO SANTO y	096-094-9288 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0960974475	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	12	23
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva

☐

Saturación capacidad
instalada

☐

Ausencia temporal del
profesional

☒

Otros/especifique:

☐

Falta de profesional

☐

3. Resumen del cuadro clínico

TIENE UN MORALIZADOR DE YESO EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES QUE SE PODRÍA EXPLICAR POR PIE BARU AHORA ACUDE PARA QUE SE LE ENVÍA A PEDIATRÍA A UNA VALORACIÓN PREQUIRURGICA DONDE EL ELECTROCARDIOGRAMA SEA ANALIZADO POR UN PEDIATRA POR TAL MOTIVO SE ENVÍA A SEGUNDO NIVEL... PACIENTE CON TOS PRODUCTIVA DE ANTES DE AYER NO FIEBRE SALIDA DE MOCO POR NARIZ..

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE A SU VALORACIÓN CARDIOLOGICA PREQUIRURGICA...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TALIPES EQUINOVARUS	Q660		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-23	08:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-23	08:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

