

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLALBA	SACON	SHIRLEY SHAKIRA	31	03	2010	15 años, 7 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315976678	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN PABLO y	096-071-8037 / (99)-999-9999
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	1315976678	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	11	17
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

PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS CON ANTECEDENTES DE QUISTES EN TIROIDES ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA (APROXIMADAMENTE 2 AÑOS Y MEDIO) CARACTERIZADO POR DEFORMIDAD Y MASA EN RODILLA DERECHA, REFIERE QUE NO HA TENIDO CAIDAS PREVIAS NI GOLPES EN LA ZONA, ACUDE PORQUE INDICA QUE PRESENTA DOLOR QUE HA AUMENTADO DE INTENSIDAD EN EL AREA QUE EMPEORA AL REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, NIEGA OTROS SINTOMAS. EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO SIN ADENOPATIAS, TORAX: CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS. NO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO PRESENTA TIRAJE INTERCOSTAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, GENITALES: NORMALES CONSERVADOS, EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA MASA Y DEFORMIDAD DE CARACTER OSEO A NIVEL DE LA TIBIA DERECHA DE APROXIMADAMENTE 2 CENTIMETROS. ADOLESCENTE INDICA QUE NO HA INICIADO SU VIDA SEXUAL. -SE REALIZA ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE: FAMILIA NUCLEAR VIVE EN CASA CON SU MADRE Y PADRE, FAMILIA FUNCIONAL, NO SE DETECTA CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL, CIGARRILLOS O DROGAS, NO SE DETECTA PERDIDA DE AUDICIÓN, NO SE DETECTA TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. -SU CUERPO ESTA CONFORME Y TIENE BUEN ESTADO DE ANIMO. -SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA: PACIENTE NO REFIERE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA. -PASA ATENCIÓN INTEGRAL ODONTOLOGÍA, NUTRICIÓN Y PSICOLOGÍA. -SE BRINDA CHARLA DE SEXUALIDAD RESPONSABLE, ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, CORRECTO USO DEL PRESERVATIVO, SE VERIFICA ENTENDIMIENTO DE LA CHARLA. -SE BRINDA CHARLAS SOBRE: ASESORÍA EN PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA ASESORÍA SOBRE AUTOESTIMA, ASESORÍA EN SEXUALIDAD RESPONSABLE Y SALUDABLE, ASESORÍA EN PROYECTO DE VIDA Y TOMA DE DECISIONES INFORMADAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DE LOS MIEMBROS, ESPECIFICADAS	M218	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-17	09:30	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-17	09:30	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	