

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEDEÑO	MARIA JOSE	23	03	2009	17 años, 3 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316674983	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA ANTIGUA A SAN VICENTE y	095-811-2092 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1316674983	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	07	02
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 17 AÑOS DE EDAD APP: DISCAPACIDAD FISICA 40% QUE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA SOLICITUD DE ACTUALIZACION DE REFERENCIA PARA LLEVAR CONTROLES CON ESPECIALIDAD. PRESENTA ANTECEDENTES DE RAQUITISMO. PRESENTA DEFORMIDAD VISIBLE Y PALPABLE EN MIEMBROS INFERIORES, DEFORMIDAD EN VALGO CON MAS SEVERIDAD EN MII, RX SE VISUALIZA DEFORMIDAD EN CADERA TOBILLOS Y PIES, DEBIDO A ESTA DEFORMIDAD CONGÉNITA NO REALIZA SU MARCHA Y BIPEDESTACION DE FORMA INDEPENDIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0982515713.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DEL TOBILLO Y DEL PIE	M216		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-02	08:56	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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 clínico

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
2026-07-02	08:56	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	