

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DOMINGUEZ	PIN	CARLOS ALEXANDER	17	02	2008	16 años, 10 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350095129	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SIN NOMBRE y	999-999-9999 /
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	1350095129	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	12	17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD, APP DISCAPACIDAD FISICA, OSTEOCONDROSIS JUVENIL, ES TRAIIDO POR SU MADRE POR CONTROL MEDICO. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, AFEBRIL, PACIENTE CON SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA EN HOSPITAL GENERAL POR DX DE LEGG CALVE PERTHES , PERO PIERDE CONTINUIDAD. AL MOMENTO CUADRO SE REAGUDIZA CON DOLOR EN CADERA Y ZONA LUMBAR. TLF 0998229325// 0939565213
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION Y SEGUIMEINTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OSTEOCONDROSIS JUVENIL DE LA CABEZA DEL FEMUR [LEGG-CALVE-PERTHES]	M911		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-17	12:20	Medicina Rural	EVELYN ALEJANDRA VERDUGA MENENDEZ	2350364754	

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
2024-12-17	12:20	Medicina Rural	EVELYN ALEJANDRA VERDUGA MENENDEZ	2350364754	