

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZMIÑO	BRAVO	LUIS GILBERTO	09	01	2014	11 años, 8 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351369093	MANABI	CHONE	BOYACA	SN y	097-943-9554 /
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	1351369093	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	10	08
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 MASCULINO DE 11 AÑOS DE EDAD, ACUDE ACOMPAÑADO DE SU MADRE, EN EL CUAL MANIFIESTA ALTERACION EN LA MARCHA DE PEDIATRICO. AL EXAMEN FISICO, SE NOTA HIPEREXTENSION DE MIEMBROS INFERIORES, SOBRESALIENDO RODILLAS DE AMBOS LADOS, CON PREDOMINIO DE LADO IZQUIERDO. DIFICULTAD PARA LA MARCHA CON DESNIVEL DE LADO IZQUIERDO, DIFICULTAD PARA RECORRER. MADRE REFIERE HABER NOTADO DICHA ANORMALIDAD DESDE HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO SIN CONSULTAR A UN MEDICO. NO REFIERE CAIDA O FRACTURA O GOLPE ANTERIOR. SE REALIZA REFERENCIA PARA PEDIATRIA PARA VALORACION DE POSTERIOR MANEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0984618078 (MAMÁ) - 0979203933 (PAPÁ DE PACIENTE).

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD EN VARO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	M211		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-08	12:00	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-10-08	12:00	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	