

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	ZAMBRANO	CRISTHIAN YULIAN	20	12	2013	11 años, 7 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351590540	MANABI	CHONE	RICAURTE	EL BEJUCO y	098-177-2031 / (00)-000-0000
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	1351590540	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	08	07
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

ESCOLAR DE 11 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPOXIA CEREBRAL ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, POR CONTROL. PACIENTE CON DIFICULTAD PARA SOSTENER EXTREMIDADES SUPERIORES, MADRE REFIERE QUE A LOS 8 MESES DE EDAD FUE INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE POR PIE EQUINO VARO BILATERAL, ALERGIAS NO REFIERE. AL MOMENTO PRESENTAR DEFORMIDAD PODAL EN PIE VAROEQUINO, LIMITACIÓN DE AMBOS HOMBROS Y RETARDO DEL DESARROLLO MOTRIZ. AL MOMENTO REFIERE RESEQUEDAD EN MANOS COMPATIBLES CON DERMATITIS ATOPICA, ADEMAS DE CUADROS DE MIGRAÑA DE PRESENTACION ES PORADICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL (DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES), INCLUIDA LA CINTURA ESCAPULAR	Q 740		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-07	11:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-08-07	11:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	