

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	GILER	LADY GUADALUPE	22	10	2015	9 años, 3 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352222572	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA LAS FLORESTA y	098-793-5480 /
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	1352222572	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2025	02	06
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 FEMENINO DE 9 AÑOS DE EDAD APP ASMA DESDE EL AÑO DE VIDA COTROLADA CON FLUTICASONA Y MOMETASONA, PIE PLANO, PIE EQUINO VARO ANTECEDENTES PERINATALES PACIENTE GEMELAR 2 PREMATURA A LAS 32 SG POR CESAREA APF ABUELOS HIPERTENSOS. NIEGA CIRUGIAS NIEGA ALERGIAS. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL ASINTOMATICA MADRE REFIERE CAIDAS A DIARIO POR PROBLEMAS DE PIE PLANO QUE LE IMPIDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS COMO IR A LA ESCUELA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE NORMOCEFALO SIN PRESENCIA DE ADENOPATIAS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS NO RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION EXTREMIDADES SIMETRICAS SE EVIDENCIA PIE PLANO, VARO, EQUINO EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES SIN EDEMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS DEFORMIDADES VALGUS CONGENITAS DE LOS PIES	Q666	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-06	14:23	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-02-06	14:23	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	