

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PACHECO	ELIZABETH ROUSSE	24	03	2016	10 años, 3 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352323560	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	PUERTO ARTURO y	096-407-1536 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1352323560	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	06	29
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

ADOLESCENTE DE 10 AÑOS QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR PRESENTAR CEFALÉAS FRECUENTES Y DOLOR EN EXTREMIDADES INFERIORES DESDE LA RODILLA HACIA ABAJO CUADRO CLINICO DE LARGA DATA SOBRE TODO AL EJERCICIO PROLONGADO. AL EXAMEN FISICO: SE OBSERVA A NIVEL DE PIE PARTE DE LA REGION PLANTAR EXTERNA Y NIVEL DE METATARSO, DISMINUCIÓN DEL ARCO PLANTAR, AL EXAMEN FISICO NO INDICA DOLOR A LA PALPACIÓN - SE OBSERVA MARCHA NORMAL A LA DEMABULACIÓN, EN RX SE OBSERVA DEFORMIDAD DEL PIE A NIVEL EL 5to DEDO DEL PIE - POSICIONAL CON PARTE OSEA INTEGRAL DE TODOS LOS HUESO DEL PIE. CON PRUEBA REUMATICAS NORMALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX SE OBSERVA DEFORMIDAD DEL PIE A NIVEL EL 5to DEDO DEL PIE - POSICIONAL CON PARTE OSEA INTEGRAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD CONGENITA DE LOS PIES, NO ESPECIFICADA	Q669		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-29	09:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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
2026-06-29	09:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

