

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTELO	CHAVEZ	LUIS SANTIAGO	21	10	2016	9 años, 6 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352464539	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CARLOS ALVERTO ARAY y	000-000-0000 / (00)-000-0000
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	1352464539	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	28
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 PEDIÁTRICO DE 9 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA CON MADRE POR PRESENTAR DOLOR EN REGIÓN DE TALÓN DE LARGA EVOLUCIÓN, REFERIDO DESDE LA PRIMERA INFANCIA, DE CARÁCTER INTERMITENTE, QUE SE HA INTENSIFICADO EN LOS ÚLTIMOS MESES. EL DOLOR SE EXACERBA CON LA DEAMBULACIÓN, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA BIPEDESTACIÓN PROLONGADA, Y MEJORA PARCIALMENTE CON EL REPOSO. REFIERE LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA LA MARCHA Y ACTIVIDADES RECREATIVAS, CON EPISODIOS OCASIONALES DE COJERA. NO REFIERE ANTECEDENTE DE TRAUMA RECIENTE, FIEBRE NI SIGNOS INFLAMATORIOS EVIDENTES COMO ERITEMA O AUMENTO DE TEMPERATURA LOCAL. POR LA PERSISTENCIA DEL CUADRO CLÍNICO Y LA REPERCUSIÓN EN LA FUNCIONALIDAD, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR PEDIATRÍA Y TRAUMATOLOGÍA PARA ESTUDIO DIAGNÓSTICO Y MANEJO OPORTUNO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OSTEOCONDROSIS JUVENIL DEL TARSO	M926	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-28	12:23	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-04-28	12:23	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

