

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	GANCHOZO	STEFANO ALEJANDRO	30	11	2016	8 años, 10 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352491870	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CHONE CANUTO y 093-998-4926 / (99)-999-9999
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	1352491870	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL 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

ESCOLAR DE 8 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ANDROPLASIA, DESNUTRICIÓN QUE ACUDE CON SU MADRE PORQUE REQUIERE ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA SU SEGUIMIENTO POR EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, PENDIENTE CIRUGIA DE ESCOLIOSIS; A LOS 5AÑOS ES INGRESADO EN UCI POR 2 SEMANAS POR COVID Y SE ENCUENTRA EN CONTROL CON NEUMOLOGIA, CONTINUA CONTROLES CON TRAUMATOLOGIA Y GENETICA. AL MOMENTO ASINTOMATICO, INFECCIOSO, CON DESARROLLO PSICOMOTOR, LENGUAJE NORMAL, SOLO SON ESCOLIOSIS CONGENITA Y CONDROPLASIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COPROLOGICO: NORMAL, NO SE OBSERVA PARASITOS BIOMETRIA HEMATICA: GLOBULOS BLANCOS 10.35, LINFOCITOS 50.1, MONOCITOS 10.31, NEUTROFILOS 35.1, EOSINOFILOS 9.8, BASOFILOS 0.9, HEMATOCRITO 40.5, HEMOGLOBINA 13.7, PLAQUETAS 458, VCM 76.4, HCM 27.4 ALT (SGPT): 25.59 CREATININA: 0.83 EMO: NORMAL UREA: 14.42 AST (SGOT): 59.24

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ACONDROPLASIA	Q774		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-08	12:30	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	

Firmado electrónicamente por:
GILMA ROSARIO
LLERENA ZAMBRANO
Validar únicamente con FirmaEC

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

