

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	MERO	EIMY MARIANA	02	03	2018	7 años, 0 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año		
						a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352811234	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA CARMELA DE MOSQUITO	096-950-6050 /
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	1352811234	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	03	10
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 7 AÑOS ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU PROGENITORA PARA REVISION DE RX DE MIEMBROS INFERIORES REALIZADA EN HOSPITAL DE PORTOVIEJO (MENCIONA LA MAMA), DEBIDO A QUE PRESENTA UN CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DIFICULTAD A LA MARCHA, TROPIEZOS FRECUENTES, AL EXAMEN FISICO SE PIDE A LA MENOR QUE DEAMBULE EN DONDE SE EVIDENCIA LA ADUCCION DEL PIE DERECHO MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA EL TALÓN SE DESVÍA HACIA LA LÍNEA MEDIA, CON EL EJE DEL CALCÁNEO INCLINADO MEDIALMENTE
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD EN VARO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	M211		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-10	12:06	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-03-10	12:06	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	