

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	ZAMBRANO	ARIANNA ESTEFANIA	20	10	2018	6 años, 10 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352989501	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	098-417-6074 /
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	1352989501	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	09	01
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 6 AÑOS 10 MESES DE EDAD, ACUDE A SU CONTROL DE NIÑO SANO JUNTO A SU MADRE. SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, MADRE NIEGA FIEBRE, NÁUSEA, VÓMITO, MALESTAR GENERAL, FALTA DE APETITO, DECAIMIENTO U OTRAS DOLENCIAS. EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DESVIACIÓN DEL BRAZO (MALA CONSOLIDACIÓN POR COLOCACIÓN DE YESO EN FORMA NO ANATÓMICA), FUE FORMA PARTICULAR, CON DR. ELVIS SUÁREZ SE ALIMENTA MEDIANTE ALIMENTACIÓN ACORDE A LA EDAD, BUENA TOLERANCIA, DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DESARROLLO PSICOMOTOR (DENVER): ACORDE A LA EDAD. DUERME BIEN. VACUNACIÓN: COMPLETA PARA LA EDAD (TRAE CARNET). DATOS ANTROPOMÉTRICOS: GANANCIA DE PESO Y TALLA ACORDE A LA EDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MALA CONSOLIDACIÓN DE FRACTURA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSOLIDACION DEFECTUOSA DE FRACTURA	M840		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-01	11:11	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-09-01	11:11	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

