

0994814254 -> Sandra Delgado
0997624303 -> Adalberto Mendoza



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Distrital 13D07 Chone - Flavio Alfaro Salud

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
Guadamud		Delgado		Emanuel Antonio		27 10 2018		5	H	
Nacionalidad		País		Cédula de Ciudadanía o Pasaporte		Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		N° Telefónico
Ecuador		Ecuador		1352994865		Morón Chone		Comunidad Bravo Chone		
Ver Instructivo		Describir País		Cédula diez dígitos		Provincia		Cantón		Parroquia
										Calle Principal y Secundaria
										Convencional/Celular

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		
MSP	1352994865	Centro de Salud Bujaco	A	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	Hosp. Napoléon Dávalos Corrales	Consulta externa	Pediatría	2024 09 09		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria 1 ☐ Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Ausencia temporal del profesio 2 ☐ Otros /Especifique: 5 ☐
Falta de profesional 3 ☒

3. Resumen del cuadro clínico

Na. su hijo de 5 años de edad que vive por cuadro clínico donde madre refiere que el niño tiene desde hace aproximadamente 4 años dolor en piernas que afecta en tobillos y se refiere que el niño con frecuencia en piernas de noche. Refiere que incluso el dolor en las noches lo despierta.

Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos			

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
1 Dolor en miembro	M796		X
2			

Nombre del profesional: Maria Belén Andrade Zamboni Código MSP: 1314919760 Firma: Dra. María Belén Andrade Z.

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		día mes año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista: _____ Código MSP: _____ Firma: _____