

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLEDISPA	ZAMBRANO	EILEN VICTORIA	30	07	2020	4 años, 7 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353436338	MANABI	CHONE	RICAUARTE	SITIO SESME y SN	098-755-6357 /
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	1353436338	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	03	19
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

SE BRINDA CONTROL DE NIÑO SANO A PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD. ENCUESTRO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. HIDRATADO, ANIMADO, COLABORADOR, INTERACTIVO. MADRE NO REFIERE PATOLOGÍAS EN TAMIZAJE NEONATAL O ALGÚN ANTECEDENTE DE RELEVANCIA CLÍNICA PACIENTE CON TALLA BAJA SEVERA. CON ADECUADO DESARROLLO NEUROMOTOR SEGÚN ESCALA DE DENVER. VALORACIÓN DE HEMOGLOBINA DEMUESTRA VALORES ADECUADOS. ASÍ COMO CHARLA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS. ADEMÁS MADRE INFORMA QUE LA PACIENTE PRESENTA DOLOR EN MUSCULOS Y ARTICULACIONES SIN FIEBRE.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO	M892		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-19	12:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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 clínico

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
2025-03-19	12:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	