

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	ZAMBRANO	ROXANA NATALY		17	03	2021	3 años, 4 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	1353588013	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BADEALy	099-688-5855 /	
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	1353588013	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	07	29
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

PEDIATRICA DE 3 AÑOS 4 MESES DE EDAD ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO DE TERAPIA DE LENGUAJE POR ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: TRASTORNO DE LA PRONUNCIACIÓN HABLANTE TARDIO, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: PRIMOS DISLALIAS, ES TRAIDA POR SU MADRE A SOLICITAR VALORACION POR TRAUMATOLOGIA, REFIERE CAIDA DESDE LA CAMA LO QUE PROVOCA DAÑO EN CODO IZQUIERDO, ACUDE A EMERGENCIA DONDE LE COLOCAN INMOVILIZADOR Y ANALGESICOS, NO TRAE RADIOGRAFIA, CLINICAMENTE ESTABLE. (0999688585)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL CODO		5570		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-07-29	10:19	Medicina Rural	MARIO HUGO CARVAJAL SANTANA	1313408674	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------