

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CEDENO	JAIRO JESUS	24	12	2021	2 años, 9 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353788647	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL CERRO PAJA DE LA VIRGEN y	999-999-9999 /
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1353788647	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 10 17
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 DE 2 AÑO 9 MESES DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL. MADRE INDICA QUE PRESENTA DESDE HACE VARIOS MESES HA OBSERVADO DIFICULTAD PARA CAMINAR Y CORRE EN EL NIÑO QUE INCLUSO GENERA CAIDAS, Y QUE HA EVIDENCIADO DESVIACION DE LAS RODILLAS HACIA ADENTRO, INDICA QUE EN ULTIMAS SEMANAS SE HA INTENSIFICADO MAS. CEL: 0959496744

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION

5. Diagnóstico

Eni Lopera Polanco
Reg. MSA N° 34175-209
105117662000010

Diagnóstico

DEFORMIDAD EN VALGO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

CIE-10 PRE DEF
M210 X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-17	09:46	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

DR. AGUSTIN CARVAJAL Z.
MEDICO CIRUJANO
C.I.: 1315938504
REG. SENESCYT: 1009 - 2023 - 2779553

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
Entidad del Sistema		Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	mes año

Contrarefiere o Referencia Inversa a:

Fecha

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
2024-10-17	09:46	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	