

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOREIRA	ALI BENJAMIN	21	03	2022	2 años, 10 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353842188	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA EDDY MARIA y SN	098-264-5020 /
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	1353842188	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	02	11
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 MASCULINO DE 2 A, ACUDE A CONTROL MEDICO EN COMPAÑIA DE MADRE, AP: NR, AQX: NR, ACUDE A CITA MEICA PARA CONTROL, AL INTERROGATORIO MADRE REFIERE QUE HA NOTADO QUE EL NIÑO SE CAE MULTIPLES VECES MIENTRAS CAMINA O CORRE. CURVAS DE CRECIMIENTO: ACORDES A LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACION: COMPLETO, ALIMENTACION: ALIMENTOS SOLIDOS, MADRE REFIERE BUEN APETITO, TEST DE DENVER: NORMAL, DEPOSICIONES Y DIURESIS: NORMALES. ALE EXAMEN FISICO DESTACA AL PONERSE DE PIE EL NIÑO SE VISUALIZA GENU VALGUM, A NIVEL GENITAL, PRESENTA CRIPTORQUIDEA, TESTICULO DERECHO PRESENTA LOCALIZACION SUPRAESCROTAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO DESTACA AL PONERSE DE PIE EL NIÑO SE VISUALIZA GENU VALGUM, A NIVEL GENITAL, PRESENTA CRIPTORQUIDEA, TESTICULO DERECHO PRESENTA LOCALIZACION SUPRAESCROTAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD EN VALGO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	M210		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-11	22:46	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-02-11	22:46	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

