

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	ZAMBRANO	DEIKER RICARDO	16	05	2022	4 años, 1 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	1353881111	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	EL BARRO y SN	097-993-0526 /
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	1353881111	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	07	09
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PRE-ESCOLAR ACUDE CON SU MADRE A LA CONSULTA EXTERNA SOLICITANDO CERTIFICADO MEDICO PARA SU HIJO, EL QUE SUFRE CAIDA DESDE SU PROPIUA ALTURA HACE 5 DIAS ATRAS, MADRE REFIERE QUE LLEVA AL NIÑO AL HOSPITAL DE CHONE EN DONDE LE TOMAN RX CONSTATANDO FRACTURAS MULTIPLES A NIVEL DE MIEMBRO SUPERIOR ANTEBRAZO, MADRE PIDE ALTA A PETICIÓN Y LO LLEVA AL SOBADOR EL QUE LE DICE QUE NO ES QUIRURGUICO LO COLOCA UNA VENDA Y LO ENVÍA A CASA. MADRE MENCIONA QUE SU NIÑO A ESTADO BIEN NO PRESENTA DOLOR, NIEGA FIEBRE. AL MOMENTO DE CONSULTA PACIENTE ACTIVO, ORIENTADO, HIDRATADO AFEBRIL. TELEFONO 0968687594

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SIGUIERE SOLICITAR RX PARA CONTROL Y DECIDIR CONDUCTA A SEGUIR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	S637	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	11:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	11:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	