

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GRANDA	SOLORZANO	EMILY DANIELA	05	09	2022	3 años, 8 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353958158	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PAPAYA y	099-696-9115 /
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	1353958158	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	06	03
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 PEDIATRICA DE 3 AÑOS ES TRAIDA POR SU MADRE POR PRESENTAR DESDE HACE TRES MESES DOLOR EN ARTICULACION DE LA RODILLA DERECHA POSTERIOR DE UNA CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA, MADRE REFIERE CUADRO DE DOLOR MATUTINO CON IMPOSIBILIDAD DE FLEXION DE ESA ARTICULACION EN CONSULTA PACIENTE CON EVIDENTE DIFICULTAD A LA MARCHA, LEVE FLEXION EN ARTICULACION , ACUDE CON RX DE CONTROL, AL MOMENTO PACIENTE ALGICA,NO FEBRIL michellealvia19@outlook.com

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO RX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TENDINITIS ROTULIANA	M765		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-03	08:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-06-03	08:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

