

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	ALAVA	ALEIDA LILIEETH	10	03	2023	2 años, 8 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354090654	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SERGIO SAENZ y AUGUSTO RUEDA	095-994-2956 / (09)-877-6907
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.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1354090654	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2025	12	01
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

NINA DE 2 AÑOS 8 MESES CON APP,DE DISPLACIA DE CADERA ALERGIAS : NO, AQX. NIEGA ANTECEDENTE PRENATAL PARTO EUTOCIO A LAS 39 SEMANAS DE GESTACION CON DISTOCIA DE PRESENTACION ACUDE A CONTROL DE SALUD EN COMPAÑIA DE MADRE, LA CUAL REFIERE CUADRO DE ANORMALIDAD EN LA MARCHA, REFIERE QUE PIES IZQUIERDO PRESENTA TENDENCIA A DIRIGIRLO HACIA ADENTRO AL DEAMBULAR REFIERE ESTAR EN TERAPIAS FISICAS HACE 5 MESES CON LEVE MEJORIA DE CUADRO AL EXAMEN FISICO SE APRECIA ACORTAMIENTO LEVE DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA HITOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR NO ACORDE (NO GATEO, CAMINO A LAS 15 MESES DE EDAD) PESO Y TALLA ACORDE, ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO, MICCION Y DEFECACION SIN ALTERACION, NIEGA ALZA TERMICA HOY ASINTOMATICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX CADERA EN ESPERA DE RALIZACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD CONGENITA DE LA CADERA, NO ESPECIFICADA	Q 659	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-01	08:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-12-01	08:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	