

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	IBARRA	YETZALI SAHORY	14	04	2023	2 años, 4 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354115774	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO CULEBRA y SN	099-552-7629 /
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	1354115774	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	08	21
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 AÑOS 4 MESES DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE ALIMENTACIÓN VARIADA CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. AL MOMENTO PEDIÁTRICA EN BRAZOS DE SU MADRE QUIEN REFIERE HA PRESENTADO HACE 1 SEMANAS DEPOSICIONES EN NUMERO DE 3 DE CONSISTENCIA SEMILÍQUIDAS AMARILLENTO SIN PRESENCIA DE MOCO NI SANGRE, ALZA TÉRMICA NO CUANTIFICADA EL DÍA SÁBADO ADEMÁS REFIERE CONGESTIÓN NASAL SIN SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES. AL EXAMEN FÍSICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS ADEMÁS SE EVIDENCIA DEFORMIDAD EN VARO QUE DIFICULTA LA MARCHA. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF: 0995527629, SE SOLICITA VALORACION POE ESPECIALIDAD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD EN VARO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	M211	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	15:48	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-08-21	15:48	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	