

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	CORTEZ	VICTORIA SOFIA	28	04	2023	3 años, 3 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354127977	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ATAHUALPA y RAYMUNDO AVEIGA	0991345900 /
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	1354127977	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría	2026	07	31	
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 FEMENINA DE 3 AÑOS Y 3 MESES ES TRAI DA POR SU ABUELITA PARA REVISION DE RADIOGRAFIA REALIZADA, AL MOMENTO FAMILIAR REFIERE QUE ELLA CAMINA CON SUS PIECITOS HACIA ADENTRO, SE TROPIEZA CONSTANTEMENTE Y QUE CUANDO REALIZA MUCHA ACTIVIDAD LE DUELE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIDO FOLICO SERICO E INTRAERITROCITARIO: HEMATIES: 4500000, HGB: 12.6; HTO: 37.6; LEUCO: 5360; NEU: 64%; LINF 25%; PLT: 343 RADIOLOGIA CONVENCIONAL : IMPRESIÓN RADIOLÓGICA: HALLAZGOS COMPATIBLES CON GENU VALGO BILATERAL Y DISPLASIA UNILATERAL DEL DESARROLLO DE LA CADERA, SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS NI LESIONES ÓSEAS AGUDAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD CONGENITA DE LA CADERA, NO ESPECIFICADA	Q659	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-31	15:19	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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 clínico

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
2026-07-31	15:19	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	