

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	ROMERO	LUCIANA ARISBETH	28	06	2023	2 años, 8 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	1354174284	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO CULEBRA y SN	099-730-7397 /
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	1354174284	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	03	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 ☐

DESVIACIÓN DEL PIE DERECHO HACIA ADENTRO ÚNICAMENTE DURANTE LA MARCHA.

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 2 AÑOS 8 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 LACTANTE EN BRAZOS DE SU MADRE QUIEN REFIERE HA PRESENTADO CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TOS NO PRODUCTIVA, EMETIZANTE, NO CIANOZANTE ASOCIADO A RINORREA HIALINA. AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE ACTIVO, REACTIVO. ESTADO NUTRICIONAL: PESO NORMAL, TALLA NORMAL / SEGUIMIENTO. ADICIONALMENTE, MADRE MENCIONA QUE PRESENTA DESVIACIÓN DEL PIE DERECHO HACIA ADENTRO ÚNICAMENTE DURANTE LA MARCHA, EN REPOSO CON MORFOLOGÍA NORMAL, PERO MADRE REFIERE CAÍDAS FRECUENTES ASOCIADAS A DICHA ALTERACIÓN. NO DOLOR, NO RIGIDEZ APARENTE, SIN ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF: 0983245343

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DE LOS MIEMBROS, ESPECIFICADAS	M218		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-03	09:56	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-03-03	09:56	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	