

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA	VELEZ	SHEYLA AINARA	02	08	2023	2 años, 1 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	1354203372	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y CALLEJON MARIA INMACULADA	098-996-9206 / (99)-999-9999
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	1354203372	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	10	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 clinico

PACIENTE ES TRAIDA POR SU MADRE A CONTROL MEDICO,. AL MOMENTO AFEBRIL, ESTABLE, REACTIVO, CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO, CON PESO Y TALLA ACORDE A LA EDAD. INDICA MADRE QUE PEDIATRA E INDICA QUE SU MARCHA ES NORMAL. PIERNA DERECHA LIGERAMENTE MAS ALARGA +/- 0.5 CM . DEFICITF DEL ARCO PLANTAR - PIE EL VALGO, ESTO DIFICULTA LA MARCHA.PACIENTE YA AVISA PARA IR AL BAÑO,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 11,9, PLAQ 399, GB 9.01 COPROLOGICO: NO PATOLOGICO GLUCOSA: 81.6 EMO: NO PATOLOGICO VALORACION POR ESPECIALIDAD
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFECTO POR REDUCCION LONGITUDINAL DEL FEMUR	Q 724		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-01	14:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

