

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ACOSTA	GUADALUPE	06	10	2023	1 años, 2 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354255984	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	VIA DISLABON y	099-440-4187 /
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	1354255984	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	12	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

LACTANTE DE 1AÑO DE EDAD Y 2 MESES DE EDAD, SIN APP APARENTE, ES TRAIDA POR SU MADRE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL DE NIÑO SANO, AL MOMENTO MADRE REFIERE PREOCUPACION POR LAS PIERNAS DE LA NIÑA REFIERE QUE ESTAN CHUECAS DESDE LOS 9 MESES Y QUE SE CAE FRECUENTEMENTE AL CAMINAR. NIEGA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA. AL MOMENTO ASINTOMATICA, AFEBRIL. AL EXAMEN FISICO SE MUESTRA COLABORADOR Y SE EVIDENCIA: PACIENTE ACTIVO, ELECTIVO, HIDRATADO, CABEZA: NORMOCRANEO, NORMOLINEO, CABELLO, BIEN IMPLANTADO CUYA LINEA DE INSERCIÓN CORRESPONDE AL SEXO, PUPILAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, BOCA: MUCOSAS SEMIHUMEDAS, ORL: HIPERÉMICAS, NO HIPERTRÓFICAS, SIN EXUDADO FARÍNGEO, CUELLO: MÓVIL, NO ADENOPATIAS, TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO VISCEROMEGALIAS, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, EXTREMIDADES SUPERIORES SIMÉTRICAS, EXTREMIDADES INFERIORES ASIMÉTRICAS, GENU VARO (PIERNAS ARQUEADAS) , NO EDEMAS. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD PARA VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXTREMIDADES INFERIORES ASIMÉTRICAS, GENU VARO (PIERNAS ARQUEADAS)

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
2024-12-31	11:14	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2024-12-31	11:14	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

