

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NASLY	RAQUEL	CEDEÑO ALCIVAR	02	12	2023	1 años, 9 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354298265	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CANUTO y CANUTO	098-879-4641 /
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	1354298265	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	PEDIATRIA		2025	09	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

LACTANTE MAYOR DE 1 AÑO 9 MESES, CON ANTECEDENTE DE MICROCEFALIA, RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y LENGUAJE, QUE PRESENTA AL EXAMEN FISICO: ASIMETRIA DE EXTREMIDADES INFERIORES, LA IZQUIERDA MAS CORTA, CON PRESENCIA DE CHASQUIDO A LA MANIOBRA Y RAYOS X QUE CORROBORA EL DIAGNOSTICO; MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: UROCULTIVO GERME AISLADO E. COLI MAS 100.000 COLONIAS SENSIBLES A CEFALOSPORINA DE TERCERA GENERACIÓN, AMINOGLUCOSIDOS BIOMETRIA HEMATICA: GLOBULOS BLANCOS 7850, LINFOCITOS 45.2, MONOCITOS 9.8, NEUTROFILOS 38.5, EOSINOFILOS 5.8, BASOFILOS 0.9, HEMATOCRITO 41.2, HEMOGLOBINA 13.1, PLAQUETAS 347 ALT (SGPT): 28.22 AST (SGOT): 26 CREATININA: 0.77 GLUCOSA: 84.9 UREA: 13.85 RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX DE CADERA QUE PRESENTA ASIMETRIA DE LA ARTICULACION DE LA CADERA (LINEA SHENTON)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUXACION CONGENITA DE LA CADERA, UNILATERAL	Q650		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-29	09:30	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	

Firmado electrónicamente por:
**GILMA ROSARIO
LLERENA ZAMBRANO**
Validar únicamente con FirmaEC

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

