

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	QUIROZ	ELIAN LEANDRO	27	12	2023	2 años, 6 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354314500	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA GASPAR y	093-981-5737 /
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	1354314500	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	06
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 MASCULINO DE 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO SIN MANIFESTAR NINGUNA PATOLOGIA APARENTE . PADRE REFIERE QUE EXTREMIDAD SE HIPEREXTIENDE . APP: NO REFIERE AQX: NO REFIERE APF :NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, ALERTA, AFEBRIL, ACTIVO, REACTIVO AL MANEJO . TEP NORMAL . DENVER NORMAL . TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HG: 11.3 HTC: 33.7 -- VCM: 78.5 --- PLAQUETAS: 252.000 -- GLOBULOS BLANCOS: 8.4 -- LINFOCITOS: 30.3 -- NEUTROFILOS: 52.1 --- EOSINOFILOS: 0.81

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS DEFORMIDADES CONGENITAS DE LOS PIES	Q668		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	11:49	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-07-06	11:49	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	