

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALVATIERRA	VERA	ALAIA DANAE	03	02	2024	0 años, 8 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354338079	MANABI	CHONE	CANUTO	BOCA DE LA CHORRERA y X	098-393-7429 /
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	1354338079	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	10	04
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 clinico

PACIENTE PEDIATRICA DE 8 MESES DE EDAD, 0983937429-0963268450, ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA POR CONTROL DEL NIÑO SANO, APP: NO REFIERE, ALERGIAS. NO REFIERE, MADRE REFIERE QUE DESDE EL 5TO MES DE EDAD SE ENCUENTRA MIEMBROS INFERIORES FLACIDOS, NO GATEA, NO MANTIENE MARCHA CON AYUDA, AL ACOSTARSE MANTIENE MIEMBROS INFERIORES ELEVADOS EN ABERTURA, NIEGA SINTOMAS DIGESTIVOS, NIEGA SINTOMAS NEUROLOGICOS. AL MOMENTO ESTABLE, ACTIVA,
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVIA CONTROL POR PEDIATRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS ESPECIFICADAS DEL (DE LOS) MIEMBRO(S)	Q748	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-04	10:24	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	

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
2024-10-04	10:24	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	