

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| GARCIA           | COX              | JAHILED ABIGAIL | 01                  | 05  | 2024 | 2 años, 0 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354391474        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | RANCHO VIEJO y               | 099-574-1250 / (09)-957-4125 |
| 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                 | 1354391474      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Fisiatría    |  | 2026  | 05  | 20  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

LACTANTE MENOR DE 2 AÑOS DE EDAD CON APP DE TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE NO ESPECIFICADO PIE EQUINIVARO ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE QUE ACUDE A CONSULTA EN CENTRO DE SALUD PARA SEGUIMIENTO Y EMISIÓN DE REFERENCIA A SERVICIO DE FISIATRÍA. MADRE REFIERE ANTECEDENTE DE PIE EQUINOVARO Y TRASTORNO DEL HABLA Y LENGUAJE, ACTUALMENTE EN CONTROLES POR ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA, DESDE DONDE SE INDICA CONTINUIDAD DE TERAPIAS DE REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINARIO. PACIENTE SE ENCUENTRA EN MANEJO TERAPÉUTICO PREVIO, CON NECESIDAD DE VALORACIÓN POR FISIATRÍA PARA CONTINUIDAD Y AJUSTE DE PLAN REHABILITADOR. AL EXAMEN FÍSICO, PACIENTE CONSCIENTE, COLABORADORA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. SE EVIDENCIA ALTERACIÓN EN LA MARCHA ASOCIADA A PIE EQUINOVARO, SIN SIGNOS DE PROCESO INFLAMATORIO AGUDO. EN EL ÁREA DEL LENGUAJE PRESENTA DIFICULTAD EN ARTICULACIÓN Y EXPRESIÓN VERBAL ACORDE A ANTECEDENTE CONOCIDO. SIN OTROS HALLAZGOS DE ALARMA AL MOMENTO DE LA CONSULTA. [NOTA: MADRE INDICA QUE ACUDE A HOSPITAL DE CHONE EL CUAL NOS MENCIONA QUE ESPECIALISTA PEDIATRICA ENVIA AL CENTRO DE SALUD PARA PETICION DIRECTAMENTE A ESPECIALIDAD DE FISIATRIA YA QUE POR PROCESOS INTERNOS DE LA INSTITUCION NO LE PUEDE AYUDAR ENVIANDOLE DIRECTAMENTE A LAS TERAPIAS CON MEDICO ENCARGADO POR SU CONDICION DE BASE, LO CUAL ACUDE A ESTA UNIDAD PARA SOLICITUD].

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD

## 5. Diagnóstico

| Diagnóstico         | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------|--------|-----|-----|
| TALIPES EQUINOVARUS | Q660   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-05-20 | 13:20 | Medicina Rural | JEAN PIERRE CABALLERO PALMA | 1314743004 |       |

## 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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-05-20 | 13:20 | Medicina Rural | JEAN PIERRE CABALLERO PALMA | 1314743004 |       |