

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	JARAMILLO	EDA JILDY	06	05	2024	0 años, 9 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	1354395012	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE PICHINCHA y X	098-304-1848 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1354395012	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	02	07
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 LACTANTE MENOR DE SEXO FEMENINO DE DE 9 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. ANTECEDENTES NATALES: APGAR 09/10, PESO AL NACER 3345G, PC 33CM, LONG 48CM, APP: DISPLASIA DECADERA, APF : NO REFIERE, AQX: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. MADRE REFIERE QUE HACE UN PAR DE SEMANAS PRESENTO ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA QUE SE AUTOLIMITO DESPUES DE DOS DIAS, APARENTEMENTE CUADRO RESPIRATORIO VIRAL. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ACTIVA, ELECTIVA, AFEBRIL A LA CONSULTA, PESO Y TALLA NORMAL PARA LA EDAD. MANIOBRA DE ORTOLANI POSITIVO. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. DENVER NORMAL. SIN SIGNOS DE ALARMA. MADRE REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA DISPLASIA DE CADERA, SE SOLICITA REFERENCIA A AREA DE PEDIATRIA PARA VALORACION Y MANEJO ADECUADO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-07	10:26	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

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
2025-02-07	10:26	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

