

Paciente 0962534887
Esposo 0939826053

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PONCE	ACURIA	KEYLA KATALELLA	26	09	2023	1 años, 9 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354446609	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	LAS VEGAS y	093-982-6053 / (09)-398-2605
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	1354446609	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13005 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	Fecha
MSP	HOSPITAL GENERAL GUSTAVO DOMINGUEZ	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025 07 23

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

LACTANTE MAYOR SIN ANTECEDENTES PRENATALES, PERINATALES DE INTERÉS, ANTECEDENTES DE ANEMIA MODERADA (HB: CAPILAR 9.1GR/DL 22/04/2025) EN CORRECCIÓN CON HIERRO ORAL, ACUDE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE POR UN CUADRO CRÓNICO 9 MESES DE EVOLUCIÓN POR GENU VARO Y MARCHA CONVERGENTE CON PREDOMINIO DE PIE IZQUIERDO. ESQUEMA D EVACUNACIÓN COMPLETA PARA LA EDAD, TRIÁNGULO DE EVALAUACIÓN PEDIÁTRICA NORMAL, TEST DE DENVER ANORMAL (ALTERACIÓN EN LA COORDINACIÓN AL CAMINAR) EL RESTO NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE INDICAN EXÁMENES DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico				CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD EN VARO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE				M211		X
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	
2025-07-23	09:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	ROXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS	1309801965		

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

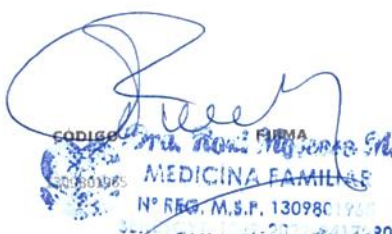
Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha	
					/	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

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
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	
2025-07-23	09:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	ROXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS	1309801965		

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad