

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ROMERO	DANNY ELIAS	09	07	2024	0 años, 6 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354471334	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN ANDRES y	099-825-1375 /
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	1354471334	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	01	13
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

LACTANTE MENOR DE 6 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN BRAZOS DE SU PROGENITORA PARA CONTROL DEL NIÑO SANO, CURVAS DE PESO Y TALLA DENTRO DEL RANGO ESTABLECIDO, CUENTA CON ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETA, AL INTERROGATORIO MADRE REFIERE ALTERACION EN SIMETRIA DE PIE (ADUCCION PERSISTENTE) ,AL MOMENTO SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO. BUEN ESTADO GENERAL, FONTANELAS NORMOTENSAS, SUTURAS PLANAS, OJOS SIMÉTRICOS, PALADAR SIN ALTERACIÓN MORFOLÓGICA, BROTES DENTALES, PABELLÓN AURICULAR CON MORFOLOGÍA E IMPLANTACIÓN NORMAL, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS CARDIACOS NORMALES, PULSOS FEMORALES Y RADIALES PRESENTES, TÓRAX SIMÉTRICO, MIEMBROS SUPERIORES SIMÉTRICOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES. TESTÍCULOS DESCENDIDOS, COLUMNA VERTEBRAL ALINEADA. PLIEGUES INGUINALES, GLÚTEOS, MUSLOS SIMÉTRICOS, MIEMBROS INFERIORES A LA BIPEDESTACION: PIE EQUINO VARO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MADRE REFIERE ALTERACION EN PIE PRESENTE DESDE EL NACIMIENTO, AL MOMENTO LACTANTE EVIDENCIA PIE EQUINO VARO A LA BIPEDESTACION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO ARTICULAR, NO ESPECIFICADO	M259		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-13	10:57	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-01-13	10:57	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

