

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	CEDEÑO	FABIANA SOFIA	06	09	2024	1 años, 8 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354477299	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV ELOY ALFARO y AV ELOY ALFARO	098-996-9639 /
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	1354477299	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	05	06
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 MAYOR DE 1 AÑO 8 MESES QUE ACUDE CON SU MADRE POR PRESENTAR LIGERA ALTERACIÓN DE LA MARCHA, PIE IZQUIERDO EN POSTURA VARUM, CON DISMINUCIÓN DEL ARCO PLANTAR Y A NIVEL DE RODILLA A LA DEAMBULACIÓN ROCE DE LAS MISMAS QUE PRODUCE POSTURA ANORMAL A DE LA BIPEDESTACIÓN, EN RODILLA Y PIES, CON ANTECEDENTE RECIBE ESTIMULACIÓN DESDE HACE 7 MESES MEJORANDO SU CONDICION CON PIE LATERALIZADO AL INICIO DEL TRATAMIENTO REFIERE MADRE QUE A MEJORANDO NOTABLEMENTE; MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX CADERA FUE REALIZADA ANTERIORMENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS	R268	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	09:53	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
GILMA ROSARIO
LLERENA ZAMBRANO

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

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