

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
POZO	CARRANZA	LUCIANA ANABELLA	19	09	2024	0 años, 4 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354495309	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA FE 2000 y	098-533-5767 /
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	1354495309	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	02	05
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 4 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 DERECHO (ADUCCION PERSISTENTE) POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA, AL MOMENTO SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO. REFLEJOS DE MARCHA, MORO, PRENSIÓN PALMAR Y GALANT CONSERVADOS. BUEN ESTADO GENERAL, FONTANELAS NORMOTENSAS, SUTURAS PLANAS, OJOS SIMÉTRICOS, PALADAR SIN ALTERACIÓN MORFOLÓGICA, PABELLÓN AURICULAR CON MORFOLOGÍA E IMPLANTACIÓN NORMAL, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS CARDIACOS NORMALES, PULSOS FEMORALES Y RADIALES PRESENTES, TÓRAX SIMÉTRICO, MIEMBROS SUPERIORES SIMÉTRICOS, ABDOMEN GLOBULOSO, BLANDO, DEPRESIBLE, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES. GENITALES EXTERNOS FEMENINOS CONSERVADOS, COLUMNA VERTEBRAL ALINEADA. PLIEGUES INGUINALES, GLÚTEOS Y MUSLOS SIMÉTRICOS. ORTOLANI NEGATIVO. CONTROL MENSUAL. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MADRE REFIERE ALTERACION EN PIE DERECHO PRESENTE DESDE LOS 2 MESES. AL MOMENTO LACTANTE EVIDENCIA PIE EQUINOVQARO A LA BIPEDESTACION

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-05	11:29	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-02-05	11:29	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

