

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIIJE	LOPEZ	MARIA ITZAYANA	23	10	2024	1 años, 6 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354505016	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SIMBOCAL y	099-860-9039 /
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	1354505016	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	05	07
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 FEMENINO DE 1 AÑO 6 MESES DE EDAD QUE ES VALORADO EN CNH .AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN ACTIVO, REACTIVO. MADRE REFIERE ALIMENTARLO ADECUADAMENTE CON ALIMENTACION COMPLEMENTARIA + LACTANCIA MATERNA CON BUENA TOLERANCIA ORAL.MADRE REFIERE PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA , ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA HACE 3 DIAS DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE ADEMAS DE PRESENTAR LESIONES Y RESEQUEDAD EN PIEL. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DESVIACION PIE DERECHO (EVERSION). ACTIVA , REACTIVA , AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0998609039.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS DEFORMIDADES CONGENITAS DE LOS PIES	Q668	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	21:49	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-05-07	21:49	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	