

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	OLMEDO	MERCEDES GUADALUPE	21	02	2025	0 años, 6 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354575977	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SESME y	098-780-6721 /
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	1354575977	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	09	08
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☐

Saturación capacidad instalada ☐

Ausencia temporal del profesional ☐

Falta de profesional ☐

Otros/especifique: ☒

PACIENTE CON ANEMIA, TALLA BAJA, DESNUTRICION CRONICA INFANTIL, SE EVIDENCIA LEVE TENDECIA AL PIE VARO

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE LACTANTE MENOR DE 6 MESES DE EDAD ACUDE A CONTROL MENSUAL DE NIÑO SANO. MADRE REFIERE SINTOMATOLIGIA RESPIRATORIA DESDE APROXIMADAMENTE 2 SEMANAS EN TRATAMIENTO CON FISIOL SPRAY. Al examen fisico llama la atencion baja peso y baja talla, pie con derecho con tendencia al varo, presencia de dermatitis en en cuero cabelludo con areas eritematosas y de descamacion.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: LEUCOCITOS 10.8 LYN% 64.9 MON% 6.2 LYM# 7.0 MON # 0.7 RBC 4.21 HGB 11.8 HCT 34.4 PLT 562.000

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS DEFORMIDADES VARUS CONGENITAS DE LOS PIES	Q663	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-08	12:30	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO	1312946617	

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
2025-09-08	12:30	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO	1312946617	

