

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	GARCIA	DERECK ALFREDO	28	09	2025	0 años, 2 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354709600	MANABI	CHONE	CONVENTO	RAMON CGILER y SN	098-646-2282 /
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	1354709600	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	12	01
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 MASCULINO DE 2 MESES DE EDAD ES TRAI DO POR SU MADRE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL DE NIÑO SANO. NACIDO A LAS 37 SEMANAS DE GESTACIÓN APGAR 8/10. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL. INDICADORES DE CRECIMIENTO TALLA -1,48 PESO -0,69 IMC -0.21 PC -1,52. MADRE NIEGA SINTOMATOLOGIA. A LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA ASIMETRIA EN MIEMBROS INFERIORES, MIEMBRO INFERIOR DERECHO LIGERAMENTE MAS PEQUEÑO Y PIE MÁS PEQUEÑO. PACIENTE REQUIERE VALORCIÓN POR PEDIATRIA POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ESTUDIOS SEGUN CRITERIO DE ESPECIALISTA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS DEFECTOS POR REDUCCION DEL (DE LOS) MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)	Q 728	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-01	10:33	Medicina Rural	CRISTOPHER PAUL ALAVA MEZA	1311865529	

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
2025-12-01	10:33	Medicina Rural	CRISTOPHER PAUL ALAVA MEZA	1311865529	