

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AMAYA	VERA	MARIO ESTEBAN	24	11	2025	0 años, 3 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354741348	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	EL GUINEO y EL GUINEO	096-384-5585 /
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	1354741348	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	02	24
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 3 meses de edad, sin antecedentes patológicos personales de relevancia, nacido a término (38 semanas) por cesárea sin complicaciones, que acude para control de niño sano; madre refiere notar arqueamiento en extremidad inferior izquierda desde el nacimiento, sin dolor, limitación funcional ni antecedente traumático. Al examen físico se evidencia genu varo unilateral izquierdo, con movilidad activa y pasiva conservada, pliegues simétricos, maniobras de Ortolani y Barlow negativas; paciente activo, afebril, normohidratado, con peso y talla dentro de parámetros normales para la edad según normativa y curvas OMS. Resto del examen físico sin hallazgos patológicos relevantes. Por tratarse de varo unilateral se decide referencia a Pediatría para valoración especializada y seguimiento.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-24	08:37	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	

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
2026-02-24	08:37	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	

