

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	VALENCIA	YESLY BETZABEL	07	01	2026	0 años, 2 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354763664	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO SAN PABLO y SN	097-935-2379 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1354763664	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	03	09
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 DE 2 MESES Y 2 DÍAS. ES TRÁIDA POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. MADRE REFIERE QUE LA PACIENTE SE ENCUENTRA BIEN, SE OBSERVA BUEN ESTADO GENERAL EN BUENAS CONDICIONES, CARNET DE SALUD CON VACUNAS COMPLETAS PARA LA EDAD. CURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ADECUADAS SEGÚN LA OMS. SE TOMAN MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS PESO Y TALLA EN PARÁMETROS NORMALES, SE REALIZA SU RESPECTIVA MARCACIONES EN LA LIS, DENVER DENTRO DE LO NORMAL VACUNACION PARA EL DIA DE HOY. PACIENTE LA CUAL PRESENTA DESVIACIÓN DE LA LINEA INTERGLUTEA DEL GLUTEO IZQUIERDO CON PRESENCIA DE MASA EN LA REGION ANAL, MANTIENE FUERZA NO DOLOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALFORMACION CONGENITA DE LA MEDULA ESPINAL, NO ESPECIFICADA	Q 069		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-09	10:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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
2026-03-09	10:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	