

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHERREZ	VILLAVICENCIO	EDWARD SAMUEL	06	02	2026	0 años, 3 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354779892	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	INGNACIO y	096-081-9304 /
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	1354779892	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	05	13
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 QUE PRESENTA AL EXAMEN FÍSICO A NIVEL DE EXTREMIDADES INFERIORES ASIMETRIA - TALLA LADO DERECHO 61.1 Y LADO IZQUIERDO 60.6 CM, 0.5 DE DIFERENCIA; POR CUAL SE REMITE PARA VALORACIÓN Y BAJO MEJOR CRITERIO SU DERIVACIÓN A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ANGULO DE DE GRAAF EN CADERA DERECHA: ALFA 70 GRADOS Y BETA 34 GRADOS - ANGULO DE DE GRAAF EN CADERA IZQUIERDA: ALFA 60 GRADOS Y BETA 45 GRADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUXACION CONGENITA DE LA CADERA, UNILATERAL	Q650	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-13	11:57	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	

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