

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BONINO	ZAMBRANO	ROUSSE NATASHA	04	03	2026	0 años, 2 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354794388	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	099-281-5971 /
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	1354794388	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	05	04
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 FEMENINO DE 2 MESES DE EDAD, QUE ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE NIÑO SANO, EN BUEN ESTADO GENERAL. SE REALIZA INTERROGATORIO INDIRECTO (A LA MAMÁ) QUIEN REFIERE QUE AL MOMENTO SE ENCUENTRA TRANQUILO, CON BUENA TOLERANCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. SIN SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD APARENTE. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS, DUERME BIEN.AL MOMENTO DE LA CONSULTA SE REALIZA EXAMEN FISICO DONDE SE OBERVA DESVIACION MARCADA EN PIE DERECHO (ADUCCION) Y RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES. PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0992815972.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-04	10:58	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-05-04	10:58	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	