

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RAMIREZ	ACOSTA	DYLAN RICARDO	04	01	2020	5 años, 7 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1760026136	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	PANECILLO y RUMIÑAHUI	096-838-1640 /
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	1760026136	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	08	05
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

S: PACIENTE DE 5 AÑOS DE EDAD, APP: HACE 3 AÑOS SUFRE ACCIDENTE DE MOTO CON PERDIDA DE SUSTANCIA Y LESION DE TALON DE AQUILES LO QUE LO DEJA IMPOSIBILIDAD PARA ANDAR DESCALZO, ACUDE EL DIA DE HOY AL CENTRO DE SALUD ACOMPAÑADO DE SU MADRE QUIEN SOLICITA UNA REFERENCIA PARA PODER SER ATENDIDO POR PEDIATRIA POR TRAMITE VALORACION DE DISCAPACIDAD. O: PACIENTE SE ENCUENTRA ESTABLE EN ESTOS MOMENTOS, SIN NINGUN SIGNO DE ALARMA. A: CONTROL GENERAL P: SE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA PARA SU EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE DISCAPACIDAD PARA UN MEJOR CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
DIFICULTAD PARA CAMINAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE		R262	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-05	14:37	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-08-05	14:37	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	