

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	ROSADO	JOSE JAVIER	14	01	2022	3 años, 0 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1761035557	MANABI	CHONE	RICAURTE	VIA AL ESTADIO y FRANCISCO DE ORELLANO	098-289-1916 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1761035557	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	02	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

MENOR MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD SIN APP APARENTE QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR ARTIUCULAR DE MAYOR PREDOMINO EN RODILLAS, SEGUN MADRE REFIERE NO HABERSE GOLPEADO, ESTE ULTIMO PRESENTADO DE LARGA DATA (8 MESES), DONDE SE REALIZA EXAMENES DE LABORATORIO DONDE SE EVIDENCIA UN RESULTADO NEGATIVO FR TURBIDIMETRICO 9.17 VALOR DE REFERENCIA MENOR A 15, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA TRASTORNO DE LA MARCHA. PACIENTE AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE CON CONSIDERABLE DOLOR EN RODILLA DERECHA QUE DIFICULTA LA MARCHA Y LAS ACTIVIDADES DIARIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD CONGENITA DE LA CADERA, NO ESPECIFICADA	Q659	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-05	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-02-05	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	