

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| VERA             | ZAMBRANO         | NOAH STEFANO | 08                  | 09  | 2020 | 4 años, 1 meses, 6 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 2351892118        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | 10 DE AGOSTO y TACHEVE       | 099-435-6244 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 2351892118      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Pediatría    | 2024  | 10  | 14  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                          |                                      |                                     |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input type="checkbox"/> | Saturación<br>capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal<br>del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/> | DIFICULTAD PARA<br>LA MARCHA         |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL DEL 67%, AUTISMO, HIDROCEFALIA, ADEMAS DISPLACIA DE CADERA, Y ESPASTICIDAD EN AMBAS RODILLAS. PACIENTE CON NECESIDAD DE SIGUIIMIENTO POR FISIATRIA Y PEDIATRIA. NUMERO DE TELEFONO 0994356244

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DISPLACIA DE CADERA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS DEFORMIDADES CONGENITAS DE LA CADERA | Q658   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-14 | 13:14 | Medicina Rural | JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO | 1310972573 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-14 | 13:14 | Medicina Rural | JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO | 1310972573 |       |