

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PIRI	TUBAC	ANGELA GABRIELA	20	08	2024	1 años, 10 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
GUATEMALTECO/A	GUATEMALA	4169869270301	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS RAIDIASTAS y	099-918-3066 /
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	ANGPIT99202408202	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	06	25
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

PACIENTE DE 1 AÑO 10 MESES ACUDE CON SU MAMA, MADRE ES EXTRANJERA, REFIERE QUE EN GUATEMALA LLEVABA TRATAMIENTO EN PEDIATRIA POR EQUINO VARO, SE VA DAR CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO, SE VISUALIZA CURVA DE DESARROLLO CON DEFICIT DE TALLA DE PESO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 1 AÑO 10 MESES ACUDE CON SU MAMA, MADRE ES EXTRANJERA, REFIERE QUE EN GUATEMALA LLEVABA TRATAMIENTO EN PEDIATRIA POR EQUINO VARO, SE VA DAR CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO, SE VISUALIZA CURVA DE DESARROLLO CON DEFICIT DE TALLA DE PESO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TALIPES EQUINOVARUS	Q660	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-25	12:09	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-06-25	12:09	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	