

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| RODRIGUEZ        | ZAMBRANO         | XIOMARA GENITH | 05                  | 08  | 1988 | 37 años, 2 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1722355516        | MANABI              | CHONE  | RICAUARTE | C y                          | 000-000-0000 /      |
| 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                 | 1722355516      | RICAUARTE                | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                  |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Medicina Interna |  | 2025  | 10  | 06  |
| 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 FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE OSTEOMIELITIS EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO A LOS 10 AÑOS DE EDAD, ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR HERIDA CIRCULAR EN PIE IZQUIERDO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN. LA LESIÓN SE LOCALIZA EN EL EMPEINE DEL PIE IZQUIERDO, CORRESPONDIENTE A LA ZONA DONDE PREVIAMENTE PRESENTÓ EL PROCESO DE OSTEOMIELITIS. SE OBSERVA HERIDA DE APROXIMADAMENTE 2 CM DE DIÁMETRO, CON BORDES DEFINIDOS, BASE ERITEMATOSA, CALOR LOCAL, RUBOR Y DOLOR A LA PALPACIÓN. PACIENTE REFIERE HABER INICIADO TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PREVIO POR PRESENCIA DE SECRECIÓN PURULENTO, LA CUAL HA DISMINUIDO. NO SE EVIDENCIAN DATOS DE COMPROMISO ÓSEO NI SIGNOS DE CELULITIS EXTENDIDA. SE REALIZA REFERENCIA A MEDICINA INTERNA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ULCERA DE MIEMBRO INFERIOR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE | L97X   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-06 | 13:39 | Medicina Rural | MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO | 1313317495 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-06 | 13:39 | Medicina Rural | MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO | 1313317495 |       |