



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP	001414	Convento	CS-A	1306846807								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Tuarez	Zambrano	Crucito	Equiterio	H	11-05-1969	56	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
0963810655		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1301	130154	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Fisiatria

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD SOLICITA REFERENCIA A FISIATRIA PARAPROCEDIMIENTO DE CALIFICACION DE DISCAPACIDAD- REFEIRE QUE TIENE ANTECEDENTE DE FRACTURA EXPUES DE TIBIA IZQUIERDA HACE APROXIMADAMENTE 6 AÑO- SIENDO TRATADO CON LIMPIEZAS QUIRURGICA- MAS OSTEOSINTESIS EN TIBIA IZQUIERDA- EL PACIENTE S UFRE UNA INFECCION QUE COMPROMETE EL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS- CAUSANDO OSTEOMIELITIS DE TIBIA Y PSEUDOARTROSIS- POSTERIORMENTE PASARON 2 AÑOS CON LA OSTEOMIELITIS SIENDO TRATADO CON LIMPIEZA QUIRURGICA- ADEMAS TRATADO CON RESECCION D ETEJIDO OSEO INFECTADO CON TRANSPORTE DE TEJODO OSEO SATISFACTORIO- ACTUALMENTE CON TRANSPORTE DE TEJIDO OSEO PERO CON LIMITACION EN EXTENSION DE 0 GRADOS POR ANQUILOSIS DE RODILLAS IZQUIERDA Y TOBILLO IZQUIERDO- MARCHA CON DIFICULTAD UTILIZA MULETAS Y LIMITACION FUNCIONAL- MAS LESIONES PERMANENTES EN TOBILLO- PIERNA- Y RODILLA DERECHA- SIN INDICACIONES QUIRURGUCAS- AL MOMENTO ORIENTADO EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- AFEBRIL- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. PLAN: SE REALIZA EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA- HABITOS DE VIDA SALUDABLE- SE REALIZA REFERENCIA A FISIATRIA PARA VALORACION INTEGRAL Y EN NECESIDAD DE CARNE DE DISCAPACIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ANQUILOSIS DE RODILLAS IZQUIERDA Y TOBILLO IZQUIERDO- MARCHA CON DIFICULTAD UTILIZA MULETAS Y LIMITACION FUNCIONAL-MAS LESIONES PERMANENTES EN TOBILLO- PIERNA- Y RODILLA DERECHA- SIN INDICACIONES QUIRURGUCAS- AL MOMENTOORIENTADO EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- AFEBRIL- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. PLAN: SE REALIZA EDUCACION DE SIGNOSDE ALARMA- HABITOS DE VIDA SALUDABLE

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Secuelas De Otras Fracturas De Miembro Inferior	T932		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-14	05:57	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1310675093				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO			

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

--	--	--	--	--	--

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICOPRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.				4.				
2.				5.				
3.				6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		