

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COROZO	REASCO	VERONICA CELENA	01	12	1997	27 años, 8 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0804390748	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	TACHEVE y	098-909-4499 / (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	0804390748	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	08	19
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

USUARIA CON ANTECEDENTES DE DEFROMIDAD CONGÉNITA DE MIEMBROS INFERIORES , QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO A LA EDAD DE 8 AÑOS CON COLOCACIÓN DE PLACA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO (AÚN TIENE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS) SIN EMBARGO PRESENTO DEFORMIDAD QUE GENERA ALTERACIÓN DE LA MARCHA, EL DÍA DE HOY TRAE ANEXO DE FISIATRÍA EN LA CUAL SE EXPLICA LO YA MENCIONADO SIN EMBARGO Y POR CONSULTAS YA REALIZADA EN TRAUMATOLOGÍA EN HOSPITAL DE BAHÍA DE CARAQUEZ EN CUYO LUGAR LE MENCIONA QUE ES CANDIDATA A CIRUGIA SIN EMBARGO EL DÍA DE TRAJO ANEXO 2 EMITIDO POR TRAUMATOLOGO LOS DATOS DE CÉDULA NO ERAN LOS QUE CORRESPONDEN A LA USUARIA Y ADEMÁS Y POR VERSIÓN DE LA USUARIA REFIERE QUE A ELLA NO LE COMUNICARON QUE LA DEBÍAN INTERVENIR QUIRURGICAMENTE , ANTE ESTA SITUACIÓN SE DEBERA EVALUAR CON TRAUMATOLOGÍA NUEVAMENTE PARA DIRIMIR ESTA SITUACIÓN POR LO QUE SE HARÁ REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD EN VARO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	M211		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	08:40	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 FIRMA Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08-19	08:40	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

