

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MAZAMBA	JONNY ALEXANDER	06	01	1992	33 años, 10 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0941166498	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL VERGEL y	098-910-9451 /
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	0941166498	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	12	01
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	AMPUTACION DE INFRACONDILEA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 33 AÑOS DE EDAD, APP: DISCAPACIDAD FISICA DEL 48%, APF: HTA (MAMA) DMII (PAPA), APQX: AMPUTACION DE INFRACONDILEA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. ACUDE A CONSULTA POR SOLICITAR REFERENCIA A FISIATRIA POR DISCAPACIDAD FISICA POSTERIOR ACCIDENTE AUTOMVILISTICO HACE 2 AÑOS COMO CONSECUENCIA AMPUTACION INFRACONDILEA DE MIMEMBRO INFERIOR IZQUIERDO AL MOMENTO CUENTA CON PROTESIS. AL MOMENTOA CTIVO, REACTIVO, AFEBRIL. TEL: 0988200532

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMPUTACION TRAUMATICA EN ALGUN NIVEL ENTRE LA RODILLA Y EL TOBILLO	S881		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-01	11:14	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-12-01	11:14	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

