

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
KIMPS		JEFFREY LOUIS	08	08	1964	61 años, 11 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ESTADOUNIDENSE	ESTADOS UNIDOS	0962254686	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUNTA BIKINI y	096-852-2352 /
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	0962254686	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	Fisiatría	2026	07	20
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

USUARIO ADULTO MADUR QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (ESPOSA) QUIENMENCIONA QUE EN EL AÑO 2025 ES INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE DE CADERA DERECHA, REFIERE ADEMAS QUE COMO CONSECUENCIA DE CAIDAS ANTERIORES PRESENTA FRACTURA DE UNA VERTEBRAL RAZON POR LA CUAL ES ATENDIDO EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA COCRDOVA, EL DÍA DE HOY TRAE ANEXO 2 DE TRAUMATOLOGÍA EN EL CUAL SE INFORMA DE LO YA MENCIONADO, DEBE TRAER ANEXO DE FISITARÍA POR LO QUE SE HARA REFERENCIA A ESTA ESPECIALIDAD, SE EXPLICA SOBRE EL PROCESO DE EVALIACIÓN Y CALIFICACIÓN , AL MOMENTO USUUARIO REFIERE FRECUENTES PERIODOS DE DOLOR (7/10) COJERA QUE ALTERA LA MARCHA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ESCOLIOSIS SECUNDARIAS	M415		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-20	10:18	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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
2026-07-20	10:18	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	