

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	ALCIVAR	ROBERTO ELIECER	25	09	1946	79 años, 5 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300830708	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y LA CHORRERA	098-660-7814 / (05)-302-5678
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1300830708	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	03	17
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 MASCULINO DE 79 AÑOS DE EDAD ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU HIJA POR SOLICITUD DE RECALIFICACION DE DISCAPACIDAD CON ANTECEDENTES DE HTA REFIERE CAÍDA DE UN ÁRBOL EN EL 2006 CON FRACTURA EN CERVICAL CON COLOCACIÓN DE PLATINOS, PRESENTE TRASTORNOS EN SU MARCHA CON USO DE BASTÓN, AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA EVIDENTE DOLOR A NIVEL DE HOMBRO, CADERA Y RODILLA EN MOVIMIENTO PASIVO Y ACTIVO. SE LE SOCIALIZA NORMATIVAS DE DISCAPACIDAD. PACIENTE SOLICITA REFERENCIA A CONSULTA EXTERNA DE TRAUMATOLOGÍA PARA COMPLETAR FORMULARIOS PARA RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. PACIENTE TENÍA CITA PROGRAMADA PARA EL 16 DE MARZO, SIN EMBARGO DEBIDO A DISCAPACIDAD Y A ESTADO DE SALUD, NO PUDO ASISTIR, SE SOLICITA NUEVA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD	Z736		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-17	14:57	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

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
2026-03-17	14:57	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

