

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	JESUS EDITA	24	12	1950	75 años, 6 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302220197	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA SAN RAFAEL y	098-808-3587 /
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	1302220197	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	07	01
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	☐	EVALUACIÓN PARA ANEXO 001	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ADULTA MAYOR ACUDE SOLICITANDO REFERENCIA PARA FISIATRIA YA QUE MANTIENE PROBLEMAS DE MOVILIDAD, anteriormente TRATADA POR ESTA ESPECIALIDAD Y POR TRAUMATOLOGI DONDE LE INDICARON DOLOR CRÓNICO INESTABLE MAS OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y MOVIMIENTO, EN CUANTO A FISIATRIA INDICA COMO APP DE DIAGNOSTICO SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE M.I. GONARTROSIS PRIMARIA BILATERAL. CON RESPECTO A LA MOVILIDAD ESTA SE HA INCREMENTADO Y EN RELACIÓN A EQUILIBRIO ESTA INESTABLE, DIFICULTAD PARA SUBIR Y BAJAR ESCALERAS. PACIENTE REQUIERE EVALUACIÓN Y ANEXO 001 PARA CALIFICACION POR DISCAPACIDAD.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TIENE EXÁMENES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR	T932		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-01	09:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

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
2026-07-01	09:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

