

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELASQUEZ	CALDERON	SANTO AGAPITO	23	07	1958	67 años, 9 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302350259	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RECINTO ESCALERA y	096-275-2726 /
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	1302350259	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	05	07
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 QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (NUERA) , REFIERE QUE FUE INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE (2025 - MAYO) DE CADERA POR PRESENTAR ARTROSIS, SE LE COLOCO PROTESIS TOTAL, NO LE INDICAN TERAPIAS FISICAS, REFIERE QUE EN LO POSTERIORMENTE PRESENTA DOLOR EN CADERA OPERADA QUE IRRADIA A TODO EL MIEMBRO (IZQUIERDO) , QUE OCASIONA COJERA, EL DÍA DE HOY TRAE ANEXO 2 DE TRAUMATOLOGÍA SIN SELLO DE HOSPITAL Y NO TRAJO ANEXO DE FISIATRÍA POR LO QUE SE REALIZARA REFERENCIA A FISIATRÍA PARA TENER MAYOR SUSTENTO ACERCA DEL PRESENTE CASO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRA COXARTROSIS POSTRAUMATICA	M165		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	09:35	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ

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 clínico

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
2026-05-07	09:35	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	