

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR		RAMON ARCADIO	30	10	1949	76 años, 2 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303393472	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	STA MARIANA DEL JESUS y SANTA MARIANA DE JESUS	098-986-1028 / (99)-999-9999
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	1303393472	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	01	28
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

☐

NO CONTAMOS CON TERAPISTA FISICO POR EL MOMENTO

3. Resumen del cuadro clínico

ADULTO MAYOR ACUDE A CONTROL MEDICO COMENTO QUE ACUDIO EL MES PASADO DONDE INDICARON MEDICACIÓN PARA PROBLEMAS CON LA PRÓSTATA Y POSITIVIDAD EN LA BACTERIA DE HELICOBACTER PYLORI PARA LO CUAL LE INDICARON TRATAMIENTO. ADEMAS APP DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DEL NERVIO CIÁTICO PARA ESTE ULTIMO AUN NO HA PODIDO EMPEZAR TERAPIA FÍSICA DEBIDO A QUE PROFESIONAL ESTA CON PERMISO MEDICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXAMENES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUMBAGO CON CIATICA	M544		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-01-28	11:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	 Firmado electrónicamente por: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-28	11:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

