

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BALDERRAMO	ANGELA NISILDA	25	07	1959	66 años, 2 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303757858	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	GENERAL SERRANO y CALLEJON SIN NOMBRE	099-573-2382 /
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	1303757858	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	10	16
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 CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL, PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG VO QD, DIABETES MELLITUS PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON INSULINA DE ACCION INTERMEDIA NPH 20 UI AM Y 10 UI PM. ACUDE PARA RETIRO DE MEDICACION. REFIERE DOLOR INTENSO EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES, SE REALIZO AMPUTACION DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDA SUPRACONDILEA, MEDICACADA POR SERVICIO DE CIRUGIA VASCULAR CON PREGABALINA 150MG VQ HS, TRAMADAOL 20 GOTAS VO BID, REFIERE QUE A PESAR DE ALTAS DOSIS DE TRAMADOL, CONTINUA CON DOLOR INTENSO EN SITIO DE AMPUTACIONES, EVA: 9/10, QUE ALTERA SU DIARIO VIVIR, PRESENTA INSOMNIO PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON CLONAZEPAM 10 GOTAS VO HS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR EN ARTICULACION	M255		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-16	10:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2025-10-16	10:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

