

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CUSME	JOSE GARDEL DE JESUS	30	03	1959	65 años, 4 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303947954	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA BOCA y	098-274-6255 / (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	1303947954	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	2024	08	06
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 65 AÑOS SIN PATOLOGIAS DE BASE ACUDE POR NECESIDAD DE REFERENCIA PARA ESPECIALISTA PARA PODER REALIZAR SU CALIFICACION POR DISCAPACIDAD, AL MOMENTO DE LA CONSULTA ASINTOMATICO Y EN BUEN ESTADO GENERAL. SE REALIZA EXPLORACION FISICA: CABEZA: NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS. CUELLO: NO PRESENTA ADENOPATIAS. TORAX: CAMPOS PULMONARES CLAROS VENTILADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO Y RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES. GENITALES NORMALES, EXTREMIDADES SUPERIORES: PRESENTA AMPUTACION TRAUMATICA DEL DEDO MEÑIQUE Y SE EVIDENCIA DIFICULTAD DE LA MOVILIDAD. EN MIEMBROS INFERIORES EN PIE DERECHO AMPUTACION TRAUMATICA EN DEDO MEDIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE REQUIERE CONSULTA PARA DIAGNOSTICO Y PODER REALIZAR CALIFICACION DE DISCAPACIDAD

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
2024-08-06	11:46	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2024-08-06	11:46	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

