

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MOREIRA	JOSE HERACLITO	31	12	1960	64 años, 9 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304001470	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA JJJ y SN	098-295-3390 / (00)-000-0000
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. Clínica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Área
MSP	1304001470	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDO VA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica y Traumatología		2025	10	03
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 ACUDE REFIRIENDO DOLOR INTENSO QUE INICIA EN LA ARTICULACION COXOFEMORAL DERECHA LLEGANDO HASTA EL TALON DESDE HACE 6 MESES PERO EN LOS ULTIMOS DIAS SE HA VUELTO MAS INTENSO QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO VIA ORAL POR LO QUE SE REFIERE A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD CON TRAUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INDICADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico

OTRAS LESIONES ARTICULARES ESPECIFICAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

CIE-10 PRE DEF
M248 X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-10-03	08:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

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	Distrto/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
2025-10-03	08:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	