

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	LOOR	DIONICIO VALENTIN	08	02	1961	64 años, 0 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304011743	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA FLORESTA y	099-782-9457 /
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	1304011743	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	2025	02	20	
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 COMPAÑÍA E FAMILIAR (HIJA) QUIEN REFIERE QUE EN EL AÑO 2024 PRESENTA LESIÓN ULCERADA EN ZONA DE MALÉOLO EXTERNO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO REALIZO CURACIONES EN AQUELLA ZONA SIN MEJORIA Y EN EL MES DE NOVIEMBRE SE PROGRAMA PARA CIRUGIA PARA REALIZAR AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO POR DEBAJO DE RODILLA, ADEMÁS PRESENTA AMPUTACIÓN DE 4TO DEDO DE PIE DERECHO. SE INFORMA ACERCA DE LA NORMATIVA 00227 EN RELACIÓN AL PROCESO DE VALORACIÓN Y CALIFICACIÓN Y SE COORDINA ENTREVISTA CON PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL. USUARIO QUE REQUIERE DE ATENCIÓN POR FISIATRÍA PARA POSIBILIDAD DE PRÓTESIS - SE HARÁ REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ÚLTIMA GLUCEMIA: 275 MG/DL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUSENCIA ADQUIRIDA DE PIERNA A NIVEL DE O DEBAJO DE LA RODILLA	Z895		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-20	07:37	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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