

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	FERRIN	JAVIER JUAN BOSCO	31	01	1963	62 años, 10 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304039520	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	Q y	099-412-3330 /
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	1304039520	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		2025	12	17
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 62 AÑOS DE EDAD CON APP: DE ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE: DIABETES MELLITUS EN TTO CON GLICAZIDA QD E INSULINA LANTUS 40UI E HIPERTENSION ARTERIAL EN TTO CON LOSARTAN 50 QD. REFIERE ACV HACE POCOS DIAS CON TTO ANTICUAGULANTE. REFIERE QUE GLUCOSA HA PERMANECIDO ELEVADA CON CIFRAS ENTRE 250 Y 380 MG/DL EN AYUNAS. REFIERE CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA SIN CAUSAS TRAUMAS NI FX OSEA, SIN EMBARGO PRESENTA DIFICULTAD PARA CAMINAR. POR ANTECEDENTE DE ACV SE REFIERE A FISIATRIA. NIEGA ALERGIAS, NO REFIERE SINTOMAS RESPIRATORIOS, GASTROINTESTINALES NI URINARIOS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION POR OTROS PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACION	Z508		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-17	08:33	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO		Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO Validar únicamente con FirmaBC

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
2025-12-17	08:33	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

