

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VALENCIA	RONNI MARIBEL	24	12	1966	58 años, 5 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=M 2=F

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónica
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304048588	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	CALLE 8 Y CALLE L	099-001-5203 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

→ HSA 0997376706

→ UECIA 0981745187

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área		
MSP	1304048588	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13005 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z.	Consulta externa	Fisiatría	2025	06	11
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

APP HIPERTENSA TRATADA. EVENTO CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO TRATADA CON CLOPIDOGREL 75MG VO QD. HIPOTIROIDISMO TRATADA CON LEVOTIROXINA 50 MG VO QD AM. EXA DE LAB TSH 0.27 FT3 4.73 FT4 18.84. CONTINUAR CON INDICACIONES. PCT CON DOLOR CRONICO A NIVEL DE RODILLAS, SE ENVIA REFERENCIA A FISIATRIA PARA VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS GONARTROSISS SECUNDARIAS, BILATERALES	M17.4		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-06-11	08:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIEGO ARMANDO ZAMBRANO ALCIVAR	1311757155	

Dr. Diego Zambrano A
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Y COMUNITARIA
Reg. Senescyt: 1027-2017-1803573
INEP: 1027757155

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrareferencia o Referencia Inversa a:					Fecha		
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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
2025-06-11	08:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIEGO ARMANDO ZAMBRANO ALCIVAR	1311757155	