

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRANZA	LOOR	RAMON AUXILIO	05	05	1963	62 años, 9 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304106709	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	PLATANALES y	098-782-8127 /
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	1304106709	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	02	10
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

HOMBRE DE 62 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD FISICA 43% CON APP DE HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG VO QD AMOLODIPINO 5MG VO QD Y COXARTROSIS, GASTRITIS NO ESPECIFICA APQ PROTESIS DE CADERA IZQUIERDA ACUDE AL CONTROL Y RETIRO DE MEDICACION HABITUAL. REFIERE CUADRO DE DOLOR EN CADERA DE EVA DE 7/10 POSTERIOR CAIDA DE SU PROPIA ALTURA HACE 4 MESES Y TRAUMA FUE DIRECTAMENTE EN SITIO DE PROTESIS TAMBIEN EXAMEN FISICO SIN PATOLOGIA APARENTE SIGNOS VITALES TA 100/81MMHG FC 81 IMC 32 HOY ASINTOMATICO ALERTA Y ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE CADERA SE APRECIA IMPACTACION DE PROTESIS IZQUIERDA A NIVEL DE ACETABULO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COMPLICACION MECANICA DE PROTESIS ARTICULAR INTERNA	T840		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-10	15:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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 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
2026-02-10	15:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	