

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	LOOR	MARIA CECILIA	18	12	1965	59 años, 0 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304155862	MANABI	CHONE	RICAURTE	VIA CHONE QUITO y EL PARAISO	099-102-0206 / (05)-302-8027
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304155862	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	01	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADULTA MADURA CON ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD POR ESCOLIOSIS SEVERA Y ACORTAMIENTO DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO POSTERIOR A CIRUGIA PALIATIVA POR DEFORMIDAD DE EXTREMO DISTAL DE FEMUR. REFIERE DIFICULTAD A BIPEDESTACION E IMPOSIBILIDAD A LA DEAMBULACION POR PRESENCIA DE DOLOR A NIVEL DE ARTICULACION COXOFEMORAL BILATERAL Y REGION LUMBAR DE GRAN INTENSIDAD EVA 10/10. PACIENTE INDICA MULTIPLES TRATAMIENTOS EN HOSPITAL IESS CHONE LOS CUALES INCLUYEN MEDICAMENTOS Y TERAPIA FISICA CON LOS CUALES PRESENTA LEVE MEJORIA PERO CON REGRESION DE LOS SINTOMAS. PACIENTE ALGICA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NEUROLOGICAMENTE CONECTADA CON EL ENTORNO QUE COLABORA CON EL INTERROGATORIO. SE SUGIERE INICIAR CON TERAPIA PARA EL DOLOR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFECTO POR REDUCCION LONGITUDINAL DEL FEMUR	Q724		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-06	12:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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/Área		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
2025-01-06	12:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	