

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	ZAMBRANO	JOSE RAMON	11	02	1953	71 años, 10 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304925561	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MOSQUITO LA ALIANZA y	098-915-5351 /
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	1304925561	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	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2024	12	26
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

ADULTO MAYOR QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (HIJA) LO MOVILIZA EN SILLA DE RUEDAS, REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS PRESENTA DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, ES LLEVADO A CONSULTAS MÉDICAS DETERMINANDO VARIAS PATOLOGÍAS, ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON GERIATRÍA DE HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA QUIEN DIAGNOSTICA: ENFERMEDAD DE PARKINSON??? - ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON EXACERBACIÓN??? SEGUN MENCIONA USUARIO Y FAMILIAR NO PRESENTA "TEMBLORES" EN NINGUNO DE LOS MIEMBROS, SE EVALÚA CONDICIÓN FÍSICA DETERMINANDO QUE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO ESTA ATROFIÁNDOSE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AÚN NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	M511	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-26	09:23	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