

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORTIZ	MARCILLO	ANGEL ANTONIO	13	06	1970	55 años, 10 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305403204	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	DE LA CAPILLA SANTA ROSA y 098-034-9524 / (99)-999-9999
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	1305403204	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	Fisiatría	2026	05	08
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

ACUDIMOS A VISITA DOMICILIARIA DE USUARIO CON ANTECEDENTES DE ACREDITACIÓN CON 45% DE DISCAPACIDAD FISICA POR AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR POR DEBAJO DE RODILLA, AL ENTABLAR ENTREVISTAS CON EL USUARIO MANIFIESTA QUE DESEA QUE LE SUBAN EL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ADEMÁS DE PEDIR VALORACIÓN PARA PROTESIS, SE EXPLICA ACERCA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN - CALIFICACIÓN Y RECALIFICACIÓN YA QUE SU CONDICIÓN QUE GENERO DISCAPACIDAD NO HA AUMENTADO (NO EXISTIENDO NINGUN OTRO ESTADO U CONDICIPON CLÍNICA QUE AMERITE ESTA EVALUACIÓN Y RECALIFICACIÓN), TAMBIEN SE EXPLICA EL PROCESO DE SOLICITAR PROTESIS POR LO QUE SE LE INFORMA QUE SE LE REALIARA REFERENCIA A FISIATRÍA PARA SU RESPECTIVA EVALUACIÓN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUSENCIA ADQUIRIDA DE PIERNA A NIVEL DE O DEBAJO DE LA RODILLA	Z895		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-08	09:10	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Validar únicamente en FirmaEC... Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ

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
2026-05-08	09:10	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

