

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	VEGA	NEISER GILBERTO	07	12	1964	60 años, 11 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305794339	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SIN NOMBRE y	098-997-4179 / (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	1305794339	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	11	20
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

PACIENTE ADULTO MAYOR MASCULINO 60 AÑOS - HTA / ICC TRATADO CON AMIODARONA 200MG VO QD - CONCOR 2.5 MG VO QD - DEPAGLIFOCINA 10MG VO QD - WARFARINA 5MG VO QD - ATROVASTATINA 40MG VO QD - / SEGUIMIENTO NEUROLOGICO AMITRIPTILINA 25MG VO QD - CLONACEPAN GOTAS 6 GOTAS VO QD - / SEGUIMIENTO UROLOGICO VENLAFAXINA 75 MG VI QD - REFEIRE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES (DOLOR DURANTE PALPACION EN PIERNA IZQUIERDA A LA ALTURA DE LA CADERA HASTA LA PANTORRILLA - HEMATOMA EN REABSORCION EN MUSLO DE PIERNA DERECHA POSTERIOR A CALAMBRA HACE 6 DIAS) CITALGIA POSITIVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUMBAGO CON CIATICA	M544		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-20	09:57	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	 Firmado electrónicamente por: DAVID GABRIEL MEZA MONTES Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-20	09:57	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	