

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	DOMINGUEZ	BRIGIDA ISABEL	22	07	1965	60 años, 10 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305803163	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SITIO BUENA VISTA y SITIO BUENA VISTA	099-475-8300 /
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	1305803163	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG	2026	06	12
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

USUARIA CON APP DE: ACV (HACE 5 AÑOS), DM TIPO I CON TTO CON INSULINA NPH 20 UI S/C am Y 10 UI S/C pm, HTA CON TTO MEDICO CON LOSARTAN 50mg UNA TABLETA CADA 12 HORAS, GLAUCOMA, Fx DE CADERA EN SEPTIEMBRE DE 2025 TRAS CAIDA DE SUS PROPIOS PIES EN UNA ESCALERA, POR LO QUE RECIBIÓ TTO QUIRÚRGICO OPORTUNO, EN NOVIEMBRE FUE INGRESADA DE NUEVO POR "SUPUESTA" INFECCIÓN DE PRÓTESIS Y EN EN ABRIL DE ESTE AÑO TUVO OTRA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA CAMBIO DE PRÓTESIS POR LO QUE ESTUVO INGRESADA 15 DÍAS, ESTA ENCAMADA, NO LOGRA BIPEDESTACION NI LOGRA LA LOCOMOCIÓN, SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA SUBSECUENTE. EN CASO DE NO HABER SOLUCIÓN MEDICO/QUIRÚRGICO, FAVOR LLENAR ANEXO 02 PARA EMPEZAR PROCESO DE CARNETIZACION DE DISCAPACIDAD ***0979361682 - 0962709236 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PIERNA DERECHA GIRADA HACIA AFUERA, EDEMA HASTA TERCIO MEDIO DE FÁCIL GODET

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL FEMUR, PARTE NO ESPECIFICADA	S729		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-12	10:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-06-12	10:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	DOMINGUEZ	BRIGIDA ISABEL	22	07	1965	60 años, 10 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305803163	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SITIO BUENA VISTA y SITIO BUENA VISTA	099-475-8300 /
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	1305803163	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA	Consulta externa	Oftalmología	2026	06	12
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

PACIENTE CON APP DE: ACV (HACE 5 AÑOS), DM TIPO I CON TTO CON INSULINA NPH 20 UI S/C am Y 10 UI S/C pm, HTA CON TTO MEDICO CON LOSARTAN 50mg UNA TABLETA CADA 12 HORAS, GLAUCOMA CON TTO MEDICO CON COLIRIO (NO RECUERDA EL NOMBRE), Fx DE CADERA EN SEPTIEMBRE DE 2025, NOS REFIERE PERDIDA PROGRESIVA DE LA VISIÓN BINOCULAR, NO HA TENIDO SEGUIMIENTO SUBSECUENTE CON OFTALMOLOGÍA DESDE HACE AÑOS, SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, EN CASO DE NO HABER TTO OPORTUNO, FAVOR LLENAR ANEXO 02, PARA EMPEZAR CARNETIZACION DE DISCAPACIDAD.. ***0979361682 - 0962709236 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CEGUERA BINOCULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GLAUCOMA, NO ESPECIFICADO	H409		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-12	10:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-06-12	10:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

