

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| PARRAGA          | CONFORME         | FRESIA AUGUSTINA | 04                  | 11  | 1961 | 64 años, 8 meses, 11 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306346964        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CIUDADELA SANTA FÉ 2000 y    | 098-973-2094 /      |
| 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                 | 1306346964                               | SANTA RITA               | 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 |                | 2026  | 07  | 15  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad                       |                | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE QUE ACUDE A CS. POR CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL. INDICA QUE PRESENTA DOLOR EN TOBILLO DERECHO, Y EN HOMBRO DERECHO. PRESENTA ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE RODILLA IZQUIERDA. EN ESPERA DE CIRUGIA DE RODILLA DERECHA. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| DOLOR EN ARTICULACIÓN DE HOMBRO Y TOBILLO DERECHO. |
|----------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| RUPTURA DE LIGAMENTOS A NIVEL DEL TOBILLO Y DEL PIE | S932   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-15 | 11:31 | Medicina General | JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA | 1312225319 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-15 | 11:31 | Medicina General | JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA | 1312225319 |       |