

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	SOLORZANO	MARIA CIELO	15	04	1969	56 años, 7 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306456292	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	7 DE AGOSTO y MERCEDES	098-004-3694 / (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	1306456292	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
IESS	HOSPITAL BÁSICO - CHONE	Consulta externa	Fisiatría	2025	12	04	
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 FEMENINO DE 56 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN QUE ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN AMBOS TALONES DE LARGA DATA, REFIERE QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO SIN MEJORÍA, TRAE RESULTADOS DE RADIOGRAFÍA SE EVIDENCIA ESPOLÓN CALCÁNEO, AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE, SE REALIZA DERIVACIÓN CON FISIATRIA PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFÍA DE PIES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESPOLON CALCANEEO	M773	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-04	14:17	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA 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 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
2025-12-04	14:17	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	