

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVERA	ZAMBRANO	ERNESTO SALATIEL	09	05	1969	56 años, 4 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306479567	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AGUSTIN GILER y	093-964-8683 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1306479567	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	09	29
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

PRESENTA DOLOR LUMBAR IRRADIADO MA CADERA DESDE HACE VARIOS AÑOS - TUVO FRACTURA EXPUESTA DE FEMUR HACE ALGUNOS AÑOS - DE LA CUAL NO SE RECUPERADO TOTALMENTE - HAY DIFICULTAD A L MARCHA -AHORA PRESENTA TAMBIÉN DOLOR LUMBAR INTENSO CON DISESTESIA IRRADIADO A MIEMBROS INFERIORES CON CIERTO GRADO DE RIGIDEZ -

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENTA DOLOR LUMBAR IRRADIADO MA CADERA DESDE HACE VARIOS AÑOS - TUVO FRACTURA EXPUESTA DE FEMUR HACE ALGUNOS AÑOS - DE LA CUAL NO SE RECUPERADO TOTALMENTE - HAY DIFICULTAD A L MARCHA -AHORA PRESENTA TAMBIÉN DOLOR LUMBAR INTENSO CON DISESTESIA IRRADIADO A MIEMBROS INFERIORES CON CIERTO GRADO DE RIGIDEZ -

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRA COXARTROSIS POSTRAUMATICA	M165	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-29	09:25	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

Firmado electrónicamente por:
MARIO FABIAN CERCADO PLUAS
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
2025-09-29	09:25	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	