

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno     | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|----------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| GARCIA SANTANA LILIA |                  | MARIA DANIELA | 24                  | 11  | 1980 | 45 años, 5 meses, 20 días | Mujer   |
|                      |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306681337        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | SD y                         | 000-000-0000 /      |
| 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                 | 1306681337                               | 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           | 05 14   |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                                                    | Servicio                                             | Especialidad                               |  | día            | mes año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, AP DE SALUD APARENTE, REFIERE DOLOR EN TALÓN DERECHO DE +/- 4 MESES DE EVOLUCIÓN, QUE SE EXACERBA AL ESTAR MUCHO TIEMPO DE PIE, SE ALIVIA LEVEMENTE CON AINES, NIEGA EDEMAS O CAMBIOS DE COLOR, NIEGA OTROS SINTOMAS,. RIESGO CV A 10 AÑOS: 1% (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 13 (LEVEMENTE). SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. ***0994120976 - 0988949365 *** |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ULTRASONIDO: TALÓN DERECHO: ABULTAMIENTO DEL HUESO CALCANEAO EN RELACIÓN A ESPOLÓN, ADEMAS SE OBSERVA LIQUIDO INFLAMATORIO EN LA FASCIA. Dx: ESPOLÓN CALCANEAO, FASCITIS PLANTAR. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                            | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------|--------|-----|-----|
| FIBROMATOSIS DE LA APONEUROSIS PLANTAR | M722   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-05-14 | 08:06 | 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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-05-14 | 08:06 | Medicina Familiar Y Comunitaria | JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY | 93     |       |

