

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VARELA	MARIA DOLORES	19	03	1971	53 años, 8 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307227031	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	ARRASTRADERO y	099-806-4919 /
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	1307227031	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	11	19
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 DE 53 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG VO QD, AMLODIPINO 5 MG VO QD. PRESENTA CUADO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR PUNZANTE LOCALIZADO EN REGION DE TALON DE PIE IZQUIERDO LA CUAL LE DIFICULTA DEAMBULAR Y MANTENERSE EN BIPEDESTACION, ADEMAS DESVIACION DE ARCO PLANTA HACIA REGION INTERNA (POSICION ADOPTADA), EN TRES OCASIONE LE HAN REALIZADO INFIULTRACIONES EN EL CUAL EL DOLOR SEDE PERO REGRESA CON MAYOR INTENSIDAD EN UN LAXO DE SEIS MESES. EN OCASIONES PRESENTA CALOR Y CALAMBRES EN HORAS DE LA NOCHE: RADIOGRAFIA DE PIE: CRECIMIENTO OSEO DE CALCANEOS Y ESPICULA OSEA EN REGION PLANTAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RASIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESPOLON CALCANEEO	M773		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-19	12:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2024-11-19	12:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	