

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PALMA	MAXIMO ENRIQUE	17	11	1972	52 años, 3 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307470714	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA FLAVIO ALFARO y	099-932-3492 /
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	1307470714	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Fisiatría		2025	02	26
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 MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD APP DM2 METFORMINA NO SE ACUERDA LA DOSIS APFPAPA HIPERTENSO FALLECIDO CIRUGIAS NO REFIERE ALERGIA NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE REFIERE DLOR ARTICULAR E INFLAMACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO DERECHO CON LIMITACION FUNCIONAL Y LE DIFICULTA REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS . SE MANDA TRATAMIENTO ANALGESICO CON MEJORIA ARTICULAR POR LO QUE SE SOLICITA REFERENCIA A FISIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR EN ARTICULACION	M255		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-26	11:01	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-02-26	11:01	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	