

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	VILLAMARIN	ESNEIDER ANTONIO	27	06	1973	52 años, 2 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307534097	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ALEJO LASCANO y IGNACIO ANDRADE	098-710-7738 / (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	1307534097	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	08	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

CONTROL- ECNT - AL MOMENTO ESTA CON DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL CODO IZQUIERDO - CON DISMINUCION DE LA FUERZA - AL REALIZAR ALGUN ESFUERZO EN MIEMBRO- SIENTE CIERTA PERDIDA DE LA FUNCION DESDE HACE ALGUNOS MESES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL- ECNT - AL MOMENTO ESTA CON DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL CODO IZQUIERDO - CON DISMINUCION DE LA FUERZA - AL REALIZAR ALGUN ESFUERZO EN MIEMBRO- SIENTE CIERTA PERDIDA DE LA FUNCION DESDE HACE ALGUNOS MESES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONTUSION DEL CODO	S500	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-08	13:33	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 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
2025-09-08	13:33	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	