

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REINA	RODRIGUEZ	LENIN ALEXANDER	30	09	1972	51 años, 11 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307536639	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	099-078-9012 /
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	1307536639	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:					Fecha		
Red Complementaria	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		Consulta externa	Fisiatría	2024	09	20
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

PACIENTE CON AMPUTACIÓN DE PIERNA DERECHA A LA ALTURA DEL MUSLO DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN QUE AHORA SE DAN UNA PRÓTESIS DE PIERNA LA CUAL TIENE QUE HACER TERAPIA FÍSICA, ADEMAS EL ES DIABETICO 15 UI EN LA MANANA Y 10 UI EN LA TARDE... EL LLEVA UNA DX POSIBLE DE ACALASIA PERO ESTA EN PROCESO DE CONFIRMACION, SE ENVIA A SU ESPECIALIDAD PARA SU ANALISIS...
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVÍA A SU ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN DE SU PRÓTESIS ARTICULAR DE PIERNA DERECHA...

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE HUESO POSTERIOR A INSERCIÓN O IMPLANTE ORTOPÉDICO, PROTESIS ARTICULAR O PLACA OSEA		M966		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-20	15:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefieri 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
2024-09-20	15:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

