

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VELEZ            | CALDERON         | JANETH YAQUELINE | 02                  | 04  | 1976 | 50 años, 2 meses, 15 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307659944        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | SAN JACINTO y                | 099-466-4272 /      |
| 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                 | 1307659944      | 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 | Fisiatría    | 2026  | 06  | 17  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <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 FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD CON ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 10 AÑOS APROXIMADAMENTE PRESENTO FX DE HUMERO IZQUIERDO, EN LA ACTUALIDAD SE EVIDENCIA PERDIDA DE LA MUSCULATURA MAS CICATRIZ DE HERIDA, PRESENTA LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO. PRESENTA ANEXO POR TRAUMATOLOGIA DONDE NO INDICAN RANGOS DE MOVIMIENTO, SE LE SOCIALIZA NORMATIVAS Y SE REALIZA REFERENCIA A FISIATRIA PARA EXAMEN DE GONIOMETRIA, LLENADO DE ANEXO 002 Y CONTINUAR CON VALORACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN DE GONIOMETRIA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------|--------|-----|-----|
| SECUELAS DE FRACTURA DEL BRAZO | T921   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-17 | 10:43 | Medicina General | CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA | 1309733671 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-17 | 10:43 | Medicina General | CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA | 1309733671 |       |

