

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	VERA	ELICIO WASHINGTON	04	05	1974	51 años, 5 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	1307759777	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO CAMARON CHORRILLO y	099-616-1047 /
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	1307759777	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	10	13
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

ADULTO QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (ESPOSA) , MENCIONA QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 5 AÑOS CON DOLOR EN CADERAS QUE EN UN INICIO FUERON DE LEVE ENTENDIDAS PARA CON EL TIEMPO PRESENTAR DOLOR DE GRAN INTENSIDAD, REFIERE QUE ES ATENDIDO EN CONSULTA ESPECIALIZADA EN LA CIUDAD DE PORTOVIEJO EN HOSPITAL DEL IESS Y TAMBIÉN EN HOSPITAL DEL IESS CHONE, SE LE ENVÍA A REALIZAR TRATAMIENTO MEDICAMENTOSOS Y TERAPIAS SIN MEJORIA, REFIERE QUE NO HA VUELTO A TENER CONSULTA ESPECIALIZADA, EL DÍA DE HOY TRAE ANEXO 2 EMITIDO POR MEDICINA FAMILIAR MÁS SIN EMBARGO Y EN VISTA DEL CASO (TANTO POR EDAD COMO POR PATOLOGÍA) SE REALIZARA REFERENCIA A TRAUMATOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE CADERAS CON DISMINUCIÓN DE ESPACIOS COXO FEMORALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS	M161		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-13	10:05	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ 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
2025-10-13	10:05	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	