

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	CHAVARRIA	LOURDES CRUZ	03	05	1975	50 años, 6 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307930774	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CHONE y	098-261-9020 /
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	1307930774	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	11	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

PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS ACUDE POR DOLOR A NIVEL DEL ARCO PLANTAR DEL PIE IZQUIERDO, CON IRRADIACIÓN HACIA LA PIERNA Y RÓDILLA DEL MISMO LADO, DE 1 MES DE EVOLUCIÓN. REFIERE QUE EL DOLOR TAMBIÉN ESTÁ PRESENTE EN EL PIE DERECHO, AUNQUE DE MENOR INTENSIDAD. MENCIONA DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN, REFIERE QUE “CAMINA COJA” Y QUE EL DOLOR HA IDO EN AUMENTO. ACUDE ADEMÁS CON TOS SECA, CONGESTIÓN NASAL, PICAZÓN DE GARGANTA, ESCALOFRÍOS Y ALZA TÉRMICA LEVE DESDE HACE 3 DÍAS. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MILIGRAMOS Y ATENOLOL 50 MILIGRAMOS, SE DECIDE REALIZAR AJUSTE TERAPEUTICO, MANTENER LOSARTAN 100 MILIGRAMOS UNA VEZ AL DIA Y SE AGREGA AMLODIPINO 10 MILIGRAMOS, REALIZA AMPA POR 10 DIAS DOS VECES AL DIA, PROXIMA VALORACION CON CARTILLA DE PRESIONES. PACIENTE CON DOLOR PLANTAR PERSISTENTE DE 1 MES DE EVOLUCIÓN, LIMITACIÓN FUNCIONAL Y SIGNOS RADIOLÓGICOS COMPATIBLES CON ESPOLÓN CALCÁNEO BILATERAL, PREDOMINIO IZQUIERDO, REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y MANEJO CON FISIOTERAPIA O EVENTUAL INFILTRACIÓN SEGÚN CRITERIO DEL ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HALLAZGOS COMPATIBLES CON ESPOLÓN CALCÁNEO BILATERAL, PREDOMINIO IZQUIERDO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIFICULTAD PARA CAMINAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	R262	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-13	14:53	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	

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
2025-11-13	14:53	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	

