

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	VERA	LIDA MARICELA	05	02	1976	50 años, 3 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307981454	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CALLE BOLIVAR y	098-854-5829 /
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	1307981454	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	Traumatología - Brigada Médica externa ONG	2026	06	01
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 FEMENINA DE 46 AÑOS DE EDAD, APP: HTA. LLEVA TRATAMIENTO CON ENALAPRIL 20MG QD. OSTEOMIOLITIS A LOS 17 AÑOS Y ARTROSIS DEGENERATIVA, APF: NO REFIERE, AQX CIRUGÍA DE DRENAJE Y RESECCIÓN DE SEGMENTO OSEO EN TIBIA IZQUIERDA A LOS 17 AÑOS, ES REFERIDA DE MEDICINA GENERAL POR PRESENTAR DOLOR TIPO PUNZANTE EN REGIÓN GLÚTEA EVA 8/10 QUE SE IRRADIA A REGIÓN FEMORAL DE EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, YA HA ESTADO EN TRTAMIENTO CON TRAUMATOLOGIA PERO HA DESCONTINUADO POR ELLO SOLICITA QUE LE REALICE LA REFERENCIA... AL MOMENTO CON BEG, MANTIENE SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS Y SIGNOS VITALES NORMALES...SE INDICA Rx. DE CADERA Y REFERENCIA A II NIVEL PARA SU RE-EVALUACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COXARTROSIS QUE LE DIFICULTA LA DEAMBULACIÓN FLUIDA... SE INDICA ESTUDIOS DE IIMAGEN. TRATAMIENTO MEDICO Y REFERENCIA A II NIVEL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRA COXARTROSIS POSTRAUMATICA	M165		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-01	08:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-06-01	08:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

