

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres               | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| COPPIANO         | CEDEÑO           | JACQUELINE MONSERRATE | 01                  | 05  | 1973 | 52 años, 8 meses, 7 días | Mujer   |
|                  |                  |                       | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                     | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|-------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308558939        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CALLE COLON y RAYMUNDO AVEIGA | 099-161-1131 /      |
| 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                 | 1308558939      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                  |      | Fecha |     |  |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Medicina Interna | 2026 | 01    | 08  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad     | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <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 clínico

PACIENTE CON DOLOR EN REGION POPLITEA ADEMAS DE DE PRESENTAR SENSACION DE HORMIGEO EN MANOS Y DOLOR EN REGION LUMBAR. CON SOBREPESO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LOS AMINOACIDOS AROMATICOS, NO ESPECIFICADO | E709   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL  | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------|------------|-------|
| 2026-01-08 | 11:31 | Medicina Familiar Y Comunitaria | WILMER XAVIER LOOR LOOR | 1309526042 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------|------------|-------|
| 2026-01-08 | 11:31 | Medicina Familiar Y Comunitaria | WILMER XAVIER LOOR LOOR | 1309526042 |       |