

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	LOOR	JACINTA ASUNCION	24	08	1975	49 años, 0 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308711736	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SANTA ROSA Y	098-962-8486 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1308711736	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13067 / ZONA
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Refiere o Deriva a:	Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	2024	08
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 CON APP DE DOLOR INTESO EN CODO IZQUIERDO DE 8 MESES DE EVOLUCION TRATADA CON MULTIPLES ANTINFLAMATORIOS SIN MEJORIA CLINICA POR LO QUE SE ENVIA CON TRAUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX INDICADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTRAS BURSITIS DEL CODO		M703		X
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2024-09-04	10:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia inversa a:						
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

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
2024-09-04	10:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	