

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	ROMERO	RUTH ALIRIS	30	09	1981	44 años, 8 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309976569	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL CAUCA y	098-087-3945 / (05)-236-0271
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	1309976569	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	06	16
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

femenina de 44 años acude a la consulta porque refiere quiere valoración por trauamtologia para emisión del carnet de discapacidad, paciente con antecedente de hta y dm2, refiere que debido a una gangrena en del dedo del pie gordo y parte del dorso del pie derecho se le realizo una amputación parcial del mismo, realizada el 9 de agosto del 2013, lo que ha conllevado a dificultados en la movilidad al caminar y también dificultad con la estabilidad.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

femenina de 44 años acude a la consulta porque refiere quiere valoración por trauamtologia para emisión del carnet de discapacidad, paciente con antecedente de hta y dm2, refiere que debido a una gangrena en del dedo del pie gordo y parte del dorso del pie derecho se le realizo una amputación parcial del mismo, realizada el 9 de agosto del 2013, lo que ha conllevado a dificultados en la movilidad al caminar y también dificultad con la estabilidad.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUSENCIA ADQUIRIDA DE PIE Y TOBILLO	Z894		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	16:20	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-06-16	16:20	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

