

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CAGUA            | VASQUEZ          | KEYLA SOLANGE | 01                  | 08  | 1973 | 52 años, 11 meses, 5 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310121387        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | VIA A BAHIA y LA ATRAVEZADA  | 099-750-3283 /      |
| 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                 | 1310121387                               | 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                                     | Fisiatría    | 2026           | 07  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                                                    | Servicio                                             | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <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 clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD CON ANTECEDENTES DE DM2 REFIERE HACE 25 AÑOS OSTEOMILITIS PRESENTO CIRUGÍA CON COLOCACIÓN DE PLACA EN ANTEBRAZO DERECHO ADEMÁS PRESENTO FRACTURA EN 3ER Y 4TO DEDOS DE MANO DERECHA POSTERIOR AL BAJAR EN BUS (08/2025) POR LO QUE EN LA ACTUALIDAD PRESENTA LIMITACIÓN AL MOVIMIENTO EN SU MIEMBRO. ACUDE SIN DOCUMENTACIÓN ANEXO 002 PARA PROCESO DE CALIFICACIÓN POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALIDAD. REALIZAR GONIOMETRIA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|             |
|-------------|
| GONIOMETRIA |
|-------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS DE DISPOSITIVOS PROTESICOS, IMPLANTES E INJERTOS ORTOPEDICOS INTERNOS | T849   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-06 | 10:02 | Medicina General | CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA | 1309733671 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-06 | 10:02 | Medicina General | CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA | 1309733671 |       |

