

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SACON	PARRAGA	JUANA MONSERRATE	05	02	1979	45 años, 11 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	1310203995	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	OLGA COBOS y	099-125-2828 /
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	1310203995	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	01	21
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

ADULTA MEDIA CON APP DE HTA EN TRATAMIENTO CONSECUTIVO CON LOSARTAN 50 MG CADA DIA, PRESENTA CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 11 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO PUNZANTE DE MODERADA A GRAN ONTENSIDAD EVA 7/10 LOCALIZADO EN REGION PLANTAR (TALON) BILATERAL CON MAYOR PREDOMINIO DEL LADO IZQUIERDO, PACIENTE REFIERE QUE DOLOR IMPIDE REALIZAR DEAMABULACION, ESTAR EN BIPEDESTACION, INICIAR MARCHA, EL DOLOR DISMINUYE CON EL RESPOSO. HACE MAS O MENOS 4 MESES REALIZO REHABILITACION FISICA CONSUMO DE MEDICACION EN EL CUAL PRESENTA LEVE MEJORIA SIN RESOLUCION TOTAL. RX DE TALON SE EVODENCIA ESPOLON CALCANEO BILATERAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA DE TALON

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESPOLON CALCANEO	M773		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-21	10:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-01-21	10:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	