

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VELEZ	CARLOS BORIS	25	05	1995	31 años, 0 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310516974	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BRAVO CHICO y	099-308-4674 /
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	1310516974	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	06	23
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

IESS-CAMPESINO. VIVE EN LOS BRAVOS CHICOS. ACUDE CON SU MADRE QUIEN REFIERE HSPITALIZACION EN HNDC EN MAYO POR CUADRO INFECCIOSO DONDE LE ADMINISTAN CEFTRIAXNA 1GR + METRONIDAZOL. CUADRO DE DENGUE POR EL QUE PASÓ, MADRE MUESTAR EXAMEN 21-06-2025: DENGUE IGM NEGATIVO IGG POSITIVO. COEMNTA QUE HARA UN OFICIO PARA QUE ACUDAN A FUMIGAR. CUADROS DE CDONSTIPACION. PERDIDA DE MASA MUSCULAR. MEDICO PARTICULAR DE CABECERA ENVIA BDEX (COMPLEJO B) + DILUPHEN (PARACETAMOL). NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

APOYO PARA MANTENIMIENTO Y CONSERVACION DE MASA MUSCULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATROFIA Y DESGASTE MUSCULARES, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	M625		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-23	11:33	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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 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
2026-06-23	11:33	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	