

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| LOOR             | ANDRADE          | JANINA ELIZABETH | 29                  | 07  | 1990 | 35 años, 7 meses, 2 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                        | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|----------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310628639        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CALLE JUAN MONTALVO y ROCAFUERTE | 098-986-5475 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1310628639                               | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Fisiatría    | 2026           | 03  | 03  |
| 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 DE 35 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE LIPOSUCCIÓN HACE 2 AÑOS, COMPLICADA CON INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS QUE AFECTA GLÚTEOS BILATERALES, CON INVOLUCRAMIENTO DE EPIDERMIS, DERMIS Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO. COMO CONSECUENCIA, PRESENTA LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA REALIZAR MOVIMIENTOS DE EXTENSIÓN, ASÍ COMO DOLOR PERSISTENTE EN REGIÓN LUMBAR Y ABDOMINAL, SECUNDARIO A FIBROSIS CUTÁNEA Y CICATRICES RETRACTILES EN ABDOMEN Y GLÚTEOS BILATERALES, QUE RESTRINGEN LA MOVILIDAD Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|     |
|-----|
| N/A |
|-----|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                               | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| SECUELAS DE INCIDENTES OCURRIDOS AL PACIENTE DURANTE PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y QUIRURGICOS | Y881   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-03 | 14:42 | Medicina Rural | JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI | 1316743176 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-03 | 14:42 | Medicina Rural | JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI | 1316743176 |       |

