

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AULESTIA	BRAVO	FABIAN EDUARDO	01	07	1989	35 años, 2 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310781024	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SIN NOMBRE y	096-766-8907 /
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	1310781024	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
Red Complementaria	hospital napoleon davila cordova		Consulta externa	Fisiatría	2024	09	10
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

PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO II , SECUELAS DE HEMORRAGIA CEREBRAL, SE REALIZA PUNCIONES PARA SU DRENaje. TIENE CEFALEA Y HÁBITOS NOCIVOS COMO ALCOHOL Y CIGARRILLO 5 CIGARRILLOS AL DÍA... SE TOMA MEDIDAS A ESTO... YA FUE VISTO POR NEUROLOGO Y EN TAC REFIERE QUE ESTA ESTABLE PERO MADRE REFIERE QUE EL SE OLVIDA DE LAS COSAS... SE ANALIZA SITUACIÓN Y ES POR PROBLEMAS DE ESTRES... AHORA DOLOR EPICODILO EXTERNO DE BRAZO DERECHO DE MAS DE UN MES DE EVOLUCIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

097900359

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPICONDILITIS LATERAL	M771		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-10	09:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

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
2024-09-10	09:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	