

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS	PARRAGA	FE MARIA	20	08	1983	42 años, 9 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311356016	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	XXX y	000-000-0000 /
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	1311356016	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2026	06	03	
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 FEMEINA DE 42 AÑOS ACUDE POR CUADRO DE DOLOR PLANTAR DERECHO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR DOLOR AL LA BIPEDESTACION, REDUCIENDO CALIDAD DE VIDA, REFIERE QUE ACTUALMENTE CUASA CLAUDICACION CLAUDICACION A LA PALPACION ALGICA EN ZONA PLANTAR, A REALIZAR LA MARCHA SE OBSERVA PERDIDA DE ESTABILIDAD CASUSADA POR DOLOR. SE REALIZA READIOGRAFIA EN DONDE SE EVIDENCIA ESPOLON CALCANEO EN PIE DERECHO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RADIOGRAFIA DE PIES DERECHO E IZQUIERDO SE OBSERVA A NIVEL DE REGION PLANTAR DE PIE DERECHO EN ZONA CALCANEA OSTEOFITO DE 1 CM DE DIAMETRO, ADEMAS DE DISMINUSION DE SENSIDA OSEA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESPOLON CALCANEO	M773		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-03	12:58	Medicina Rural	JEAN CARLOS LOOR CHICA	1313627729	

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
2026-06-03	12:58	Medicina Rural	JEAN CARLOS LOOR CHICA	1313627729	