

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| HUAMAN           | MOLINA           | ROSA LISSETTE | 24                  | 12  | 1990 | 34 años, 11 meses, 23 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312581604        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CAMILO VALLEJO y             | 096-873-1660 /       |
| 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                 | 1312581604      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Fisiatría    |  | 2025  | 12  | 17  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                                               |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada                                | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                                            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | MOVILIDAD REDUCIDA EN PIERNA IZQUIERDA POR MOTIVO POSTCIRUGIA |                                     |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS DE BYPASS GÁSTRICO Y ABDOMINOPLASTIA REALIZADA HACE APROXIMADAMENTE 6 MESES. POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO PRESENTÓ INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA, POR LO QUE REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CON NECESIDAD DE MÚLTIPLES PROCEDIMIENTOS Y TERAPIAS HASTA LA RESOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO Y CIERRE TOTAL DE LA HERIDA. ACTUALMENTE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN DOMICILIO. EN SU ÚLTIMA VALORACIÓN, EL MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA INDICÓ LA NECESIDAD DE CONTINUAR CON TERAPIAS DE REHABILITACIÓN. LA PACIENTE REFIERE INICIO DE SINTOMATOLOGÍA NEUROLÓGICA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, CARACTERIZADA POR HORMIGUEO, DOLOR Y SENSACIÓN TIPO CORRIENTE ELÉCTRICA EN EL PIE IZQUIERDO. CELULAR 0990493841

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico   | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------|--------|-----|-----|
| RADICULOPATIA | M541   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-12-17 | 14:50 | Medicina Rural | MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO | 0931420442 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-12-17 | 14:50 | Medicina Rural | MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO | 0931420442 |       |