

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SORNOZA	CEDEÑO	JORGE LUIS	18	07	1985	39 años, 0 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312626540	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SABANA y	0961766066 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1312626540	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				Fecha
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría	2024 08 06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día mes año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☐	Saturación capacidad instalada ☐
Ausencia temporal del profesional ☐	Otros/especifique: ☐
Falta de profesional ☒	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD. APP: DISC FISICA 48%, AMPUTACION POR OSTEOMIELITIS HACE 6 AÑOS APROX. ACUDE POR PRESENTAR CUADRO DE APROX 15 DIAS DE EVOLUCION QUE SE CARACTERIZA POR DOLOR EN SITIO DEL MUÑON. INDICA QUE DESDE HACE VARIAS SEMANAS PRESENTA DOLOR QUE EN ULTIMOS DIAS HA AUMENTADO. INDICA QUE ANTERIORMENTE REALIZO SESIONES DE TERAPIA DONDE HABIA MEJORADO EL DOLOR. NO INDICA HABER TOMADO ANALGESICOS. CEL: 0961766066.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AMPUTACION DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO A NIVEL FEMORAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMPUTACION TRAUMATICA EN ALGUN NIVEL ENTRE LA CADERA Y LA RODILLA	S781		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-06	14:57	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	

DR. AGUSTÍN CARVAJAL Z.
MÉDICO CIRUJANO
C.I.: 1315938504
REG. SENFSCYT: 1009 - 2023 - 2779553

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
2024-08-06	14:57	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	