

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	VITE	MARIA JOHANNA	23	03	1994	30 años, 5 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312852526	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS RAIDISTA y	096-273-2283 /
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	1312852526	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2024	09	05
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 30 AÑOS DE EDAD, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, SIN APP, APQ CESÁREA EN NUMEROS DE 3, PRESENTA DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO DESDE LA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL HASTA LA RODILLA, LIMITA LA AMBULACIÓN DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN APROXIMADAMENTE, POSTERIOR A LA ÚLTIMA CESÁREA. EN CIERTAS OCACIONES PRESENTA HIPERSENSIBILIDAD, Y DISMINUCIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR EN DICHO MIEMBRO, AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE PRESENTA LIMITACIÓN DE DORSIFLEXION DE CADERA IZQUIERDA Y DE PIERNA DEL MISMO LADO. NO REFIERE CAÍDAS. NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO, SE SUGIERE SESIONES DE TERAPIA FÍSICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES PENDIENTES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TENDINITIS DEL PSOAS	M761	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-05	12:50	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO

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
2024-09-05	12:50	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	