

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	MACIAS	ELVIA NAYELY	12	04	2002	23 años, 6 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313263277	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SANTA RITA y	096-004-8529 /
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	1313263277	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	10	30
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 FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA ACUDE POR REFERIR DOLOR DE PIERNA IZQUIERDA DE APROXIMADAMENTE 2 MESES DE EVOLUCION. REFIERE QUE EL DOLOR INICIÓ POSTERIOR A REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, ES DE INTENSIDAD MODERADA Y DIFICULTA LA REALIZACION DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS, REFIERE HABER SIDO VALORADA PREVIAMENTE POR FISIOTERAPEUTA, QUIEN INDICÓ TTO FARMACOLÓGICO CON ETORICOXIB 90MG VO QD POR 7 DIAS Y CONRELAX SIMPLE VO QD POR 7 DIAS Y 9 FISIOTERAPIA CONTINUA 9 SECCIONES. PACIENTE INDICA HABER COMPLETADO EL TRATAMIENTO SIN PRESENTAR MEJORIA SIGNIFICATIVA MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD. O

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO MARCHA CON LIGERA CLAUDICACION DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. DOLOR A LA PALPACION EN REGION LATERAL DE MUSLO IZQUIERDO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS MUSCULOS	M628	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-30	08:01	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-10-30	08:01	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

