

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| PONCE            | VILLAMIL         | JONNY PATRICIO | 27                  | 10  | 1990 | 35 años, 0 meses, 0 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313296046        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | A y                          | 095-895-6747 /       |
| 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                 | 1313296046      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                                    |      | Fecha |     |  |
|---------------------|---------------------------|------------------|------------------------------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Cirugía Ortopédica Y Traumatología | 2025 | 10    | 27  |  |
| 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

USUARIO CON ANTECEDENTES DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE MIEMBRO INFERIOR (PIE EQUINO VARO) ADEMAS DE FRACTURA DE FÉMUR DERECHO, REFIERE QUE PRESENTA FRECUENTES CAÍDAS DE SUS PROPIOS PIES YA QUE AL PARECER PIE AFECTO NO REALIZA EL MOVIMIENTO DE DORSI FLEXIÓN ADECUADO, ADEMAS MENCIONA ACORTAMIENTO DE LA EXTREMIDAD AFECTA ASÍ COMO ATROFIA, ANTE ESTA SITUACIÓN REFIERE QUE DEBE UTILIZAR AYUDA TÉCNICA (BASTÓN CANADIENSE), SE HARÁ REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DEFECTO POR REDUCCION LONGITUDINAL DEL FEMUR | Q724   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO   | FIRMA                                                                                                                                                                             |
|------------|-------|------------------|---------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-10-27 | 13:06 | Medicina General | EDGAR RENATO LEONES GOMEZ | 156-3939 |  Firmado electrónicamente por:<br>EDGAR RENATO LEONES GOMEZ<br>Validar únicamente con FirmasEC |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------|----------|-------|
| 2025-10-27 | 13:06 | Medicina General | EDGAR RENATO LEONES GOMEZ | 156-3939 |       |