

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUCAS	LOOR	MIGUEL EDUARDO	30	01	1997	29 años, 5 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313355354	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	AVENIDA ESTUDIANTEL y GRACIELA NAVARRETE	098-417-9819 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1313355354	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNAL INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría	2026	07	28
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 MASCULINO DE 29 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD CON ANTECEDENTES DE FRACTURA DE DIAFISIS DEL FÉMUR (2020) POR ACCIDENTE DE TRANSITO/SECUELAS DE TRAUMATISMO DE OTRAS FRACTURAS DEL MIEMBRO INFERIOR. MASCULINO ACUDE POR REQUERIR VALORACIÓN INTEGRAL DISCAPACIDAD PRESENTA SECUELAS DE FRACTURA DE FÉMUR DERECHO EN AÑO 2020 DEBIDO A ACCIDENTE DE TRANSITO, HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE DESDE 2020 HASTA 2023, PACIENTE CAMINA CON AYUDA DE BASTÓN MULTIPODAL (REFIERE QUE EN OCASIONES), PRESENTA ACORTAMIENTO Y UTILIZA PLANTILLA. SE LE SOLICITA DOCUMENTO ANEXO 002 POR ESPECIALIDAD FISIATRIA POR LO QUE SE LE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACIÓN Y LLENADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ANEXO 002

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR	T932		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-28	09:30	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

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
2026-07-28	09:30	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

