

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	VERA	FABRICIO ALDAIR	26	10	1999	26 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	1313568188	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	999-999-9999 /
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	1313568188	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	2026	04	23
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 MASCULINO DE 26 AÑOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA GRAVE 84% EL CUAL SUFRIÓ ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR TRAUMA CRÁNEO ENCEFÁLICO SEVERO EN EL AÑO 2021. EN TTO: VASOACTIN, BACLOFENO, NONOHIDRATO DE CREATINA Y OMEGA 3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE SE LE REALIZA ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD EN COMPAÑÍA DE CUIDADOR QUIEN INDICA QUE ESTUVO REALIZANDO TERAPIA FISICA EN HGNDC DE CHONE HASTA HACE 2 AÑOS APROXIMADAMENTE CON MUY BUENA EVOLUCION. PACIENTE QUE SE REALIZA CIRUGIA ORTOPEDICA EL 5 DE MARZO POR PIE EQUINOVARO Y ALARGAMIENTO DE TENDON DE AQUILES SIN TERAPIA FISICA INMEDIATA DE SEGUIMIENTO. PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, ASINTOMATICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TALIPES EQUINOVARUS	Q660		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-23	16:00	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 FIRMADO electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-04-23	16:00	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

