

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILCES	QUIROZ	UBER ROMARIO	02	09	2002	23 años, 10 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314439280	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS SAUCES y	097-955-8187 /
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	1314439280	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	07	09
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 CON BAJA TALLA EL CUAL INDICA QUE TUVO UN ACCIDENTE EN SU NIÑEZ DE HACE MAS DE 15 AÑOS EN EL QUE SE QUEMO PARTE DE SU CUERPO DEJANDO SECUELAS EN PIEL. ACTUALMENTE MENCIONA QUE TIENE LIMITACIÓN EN REALIZAR ESFUERZO FÍSICO, INDICA QUE NO TIENE FUERZA EN MIEMBROS SUPERIOR NI INFERIORES CUANDO DEBE LEVANTAR OBJETOS DE PESO MAYOR A 20 LIBRAS. ADEMÁS DE DOLOR EN AMBAS RODILLAS. ACTUALMENTE NO TIENE TRABAJO POR SU LIMITACIÓN REQUIERE ATENCION POR ESPECIALIDAD PARA IDENTIFICAR DIAGNOSTICO DE SU PERDIDA DE FUERZA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PERDIDA DE FUERZA EN AMBOS MIEMBROS DE FORMA PROGRESIVA. DOLOR EN ESPALDA, RODILLAS. LIMITACIÓN EN LA CARGA DE OBJETOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENANISMO, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	E343	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	08:23	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-07-09	08:23	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	