

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| BONOSO           | PINARGOTE        | LUIS JAVIER | 20                  | 11  | 2007 | 17 años, 2 meses, 3 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                                   | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|---------------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314590439        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | BARRIO 12 DE OCTUBRE y BARRIO 12 DE OCTUBRE | 000-000-0000 /      |
| 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                 | 1314590439      | SAN BARTOLO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                    |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía Ortopédica Y Traumatología |  | 2025  | 01  | 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

HOMBRE DE 17 AÑOS CON DISCAPACIDAD FISICA 34% APP DE OSTEOGENESIS IMPERFECTA O NEUROFIBROMATOSIS APQ AMPUTACION DE MIEMBRO INFERIOR A NIVEL DE RODILLA CON USO PROTESIS DESDE HACE 5 AÑOS POR LO CUAL SE REALIZA CAMBIO CADA 2 AÑOS, ALERGIA. APF; ABUELA CON HTA ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA PROCESO DE RECALIFICACION DE PORCENTAJE DISCAPACIDAD, REFEIERE QUE EN OCACIONES PRESENTA DOLOR A LA MARCHA A NIVEL DE SITIO DE PROTESIS AL DEAMBULAR LARGAS DISTANCIA. AL MOMENTO ALERTA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| AMPUTACION TRAUMATICA EN ALGUN NIVEL ENTRE LA RODILLA Y EL TOBILLO | S881   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-23 | 14:13 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-23 | 14:13 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |