

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PATÍÑO	EDISON ALEXANDER	31	10	1994	30 años, 10 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315130888	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	GARRAPATILLA y	098-826-7576 /
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	1315130888	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	Fisiatría	2025	09	02
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 QUE ACUDE A SOLICITAR RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, TIENE ANTECEDENTES DE AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR POR DEBAJO DE RODILLA (MAYOR A 7 CENTÍMETROS) POSTERIOR A ACCIDENTE DE TRANSITO, FUE ACREDITADO CON UN TOTAL DE 37% FISICO EN LA CIUDAD DE QUITO (COMITÉ DEL PUEBLO) EN ENERO DEL AÑO 2020, SE EXPLICA QUE AUNQUE QUIERA REALIZAR RECALIFICACIÓN ESTA YA FUE REALIZADA Y OBTENDRÁ EL MISMO PORCENTAJE EN RELACIÓN A LA CALIFICACIÓN PROPIA DE LA PIERNA - USUARIO CON REQUERIMIENTO DE PRÓTESIS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUSENCIA ADQUIRIDA DE PIERNA A NIVEL DE O DEBAJO DE LA RODILLA	Z895		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-02	07:11	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firma electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ 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 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
2025-09-02	07:11	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	