

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	CEDEÑO	KELVI ARIEL	11	07	2005	20 años, 10 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316199650	MANABI	CHONE	SANTA RITA	BEJUCO y	096-391-0480 / (00)-000-0000
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	1316199650	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	05	19
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 20 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: DESARTICULACIÓN A NIVEL DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, APF: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, PACIENTE ACUDE A CONSULTA MÉDICA PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA FISIATRIA, PACIENTE CON DESARTICULACIÓN A NIVEL DE MIEMBRO INFERIOR POSTERIOR A ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN EL QUE PACIENTE IBA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO Y ES IMPACTADO POR UNA CAMIONETA HACE APROXIMADAMENTE 2 MESES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DESARTICULACION INFRANCONDILEA A NIVEL DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO QUE REQUIERE VALORACION POR FISIATRIA

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
2026-05-19	14:31	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MUENTES	1313700039	

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
2026-05-19	14:31	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MUENTES	1313700039	