

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	ESPINOZA	MARIO AGUSTIN	19	12	1978	46 años, 2 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316475001	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	RECINTO LAURELES y	099-999-9999 /
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	1316475001	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13007 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	02	28
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 es referido desde el primer nivel de atención para ingresar al programa de eddidcap'acidad, razón por lui cual se lo refiere a hospital de mayor com.plejidad para vañloración esopecilaizada, CsPs: claros., RsC

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

normales

5. Diagnóstico

Diagnóstico				CIE-10	PRE	DEF
ARTROSIS POSTRAUMÁTICA DE OTRAS ARTICULACIONES				M191	X	
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	
2024-02-28	10:39	Medicina Interna	ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO	0907072664		

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 el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-02-28	10:39	Medicina Interna	ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO	0907072664	