

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEDRANDA	ANCHUNDIA	CESAR ENRIQUE	14	06	2011	15 años, 0 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316966710	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	J11 y	099-560-0803 /
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	1316966710	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / 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 resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 15 AÑOS DE EDAD ACUDE CONSULTA POR SOLICITUD DE VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD CON ANTECEDENTES DE DISTROFIA MUSCULAR PRESENTA DEAMBULACION SUGJETIVA DE DISPLASIA DE CADERA TONO Y FUERZA, PRESENTA ACORTAMIENTO DE MIEMBROS INFERIORES ADEMAS DIFICULTAD EN MARCHAS A LARGAS DISTANCIAS REFIERE CANSANCIO Y DIFICULTAD EN DESNIVELES Y ESCALERAS, PIE EQUINO DERECHO, ANQUILOSIS BILATERAL DE CODOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GONIOMETRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISTROFIA MUSCULAR	G710		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	11:04	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

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	11:04	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	