

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MANZABA	ZAMBRANO	SEGUNDO SIMON	20	10	2009	16 años, 5 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317258406	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHEZ y CALLE SANTA RITA	096-861-0599 /
Ver instructivo	Describir Pais	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	1317258406	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4				
Refiere o Deriva a:					Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	04	06
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 16 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA A CONSULTA POR ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE Y PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA OBTENER CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD FÍSICA, PACIENTE CON LIMITACIÓN AL MOVIMIENTO DE EXTREMIDAD SUPERIOR DEREHA (LIMITACIÓN EN DEDO ANULAR Y MEÑIQUE) Y LIMITACIÓN PARA MOVILIZAR EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA POTERIOR A ACCIDENTE CON QUEMADURA. AL MOMENTO NIEGA SINTOMATOLOGÍA, AFEBRIL, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE REQUIERE VALORACIÓN POR ESPECIALISTA PARA TRÁMITE DE CARNET DE DISCAPACIDAD
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LOS SISTEMAS NERVIOSO Y OSTEO MUSCULAR Y LOS NO ESPECIFICADOS	R298		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-06	11:12	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
2026-04-06	11:12	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MUENTES	1313700039	