

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUERRERO	SALAZAR	JOSE ESTEBAN	02	09	1963	62 años, 5 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1707827323	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ROCAFUERTE 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	1707827323	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	02	23
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 62 AÑOS, ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR PRESENTAR DOLOR EN LA ARTICULACIÓN DEL CODO DERECHO, CON LIMITACIÓN AL MOVIMIENTO Y PARESTESIAS EN LA EXTREMIDAD AFECTADA, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA ACOMPLAÑANTE. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE OBSERVA INFLAMACIÓN EN LA ARTICULACIÓN DEL CODO DERECHO, CON LIMITACIÓN EN LA MOVILIDAD ACTIVA Y PASIVA. DOLOR A LA PALPACIÓN Y RESTRICCIÓN FUNCIONAL. PRESENCIA DE PARESTESIAS EN LA EXTREMIDAD AFECTADA, SENSIBILIDAD DISMINUIDA EN REGIÓN DISTAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO ARTICULAR, NO ESPECIFICADO		M259		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-02-23	08:05	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

Firmado electrónicamente por:
MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO
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 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
2026-02-23	08:05	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	