



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO								
MSP	001414	Ricaurte	CS	1307878247									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Basurto	Vera	Ivan	Richali	H	03-11-1973	51	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN MOTIVO								
0996386756		1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.							☐	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.							☐	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		☐	8. Inadecuada capacidad resolutive							☒
13	1303	130356	4. Equipos en mal estado.		☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							☐
		5. Problemas de infraestructura.		☐									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Traumatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
ADULTO MEDIO CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE APROXIMADAMENTE 25 AÑOS DE EVOLUCION TRATADA CONMETFORMINA DE 850 CADA DIA Y DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL 2021 LO CUAL CAUSO FRACTURA DE ARTICULACION DEL TOBILLODERECHO. INDICA QUE EN ESE MOMENTO FUE TRASLADADO AL HOSPITAL DEL CARMEN DONDE LO TRANSFIRIERON AL HOSPITALGUSTAVO DOMINGUEZ DONDE LE INMOVILIZARON Y LE DIERON TURNO PARA LA ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGIA EN EL AREA DECONS ULTA EXTERNA DONDE LE INDICARON QUE NO CONTABAN CON MATERIAL DE OSTEOSISTESIS Y LE S UGIRIRON COMPRARLO SINEMBARGO PACINETE NO CUENTA CON LOS RECURSOS ECONOMICOS POR LO CUAL TOMO LA DECISION DE IR A SOBADOR. POSTERIORA ESTO PRESENTO CAIDA SOBRE LA MIS MA LESIÓN EMPEORANDO S U SITUACION. ACTUALMENTE PRESENTA CONSOLIDACION DE LA FRACTURA CON DEFORMIDAD DE LA ARTICULACION DIFICULATDA A LA DEAMBULACION PRES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX DE TOBILLO DERECHO AP - LATERAL ? PIE AP DENSIDAD ÓSEA SE CONSIDERA DISMINUIDA. SE EVIDENCIAALTERACIÓN EN LA MORFOLOGÍA DEL TOBILLO- CON INTERRUPTIONES ÓSEASIRREGULARES EN MALÓOLOS Y ASTRÁGALO- CON DESPLAZAMIENTO POSTEROMEDIAL. CALCÁNEO INDEMN. TARSOS- METATARSOS Y FALANGES DE APARIENCIA ESCLERÓTICA. ARTICULACIONES TARSO-METATARSIANAS YMETATARSO-FALÁNGICAS SE CONSERVAN. ARTICULACIÓN SUBASTRAGALINA SE CONSERVA. SIN LESIONES DE TIPO BLÁSTICAS. TEJIDOS BLANDOSEDEMATIZADOS EN REGIÓN MALEOLAR BILATERAL. DIAGNÓSTICO SUGESTIVO: - FRACTURA MALEOLAR BILATERAL. - FRACTURA DE ASTRÁGALO. -LUXACIÓN DE TOBILLO. - INDICIOS DE PATOLOGÍA OSTEO-DEGENERATIVA.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Traumatismo Por Aplastamiento Del Tobillo	S970		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-04	09:09	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311538662				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO				

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO



--	--	--	--	--	--

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	