



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	Pavon	CS-A	1313498923							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Cedeño	Carrasco	Jacinto	Jose	H	21-03-1997	29	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0980406825		X		MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
CANTÓN		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
PARROQUIA		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
13	1303	130356	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	Traumatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 28 AÑOS DE EDAD- ACUDE A CONTROL POSTERIOR A HOSPITALIZACIÓN SECUNDARIA A ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN MOTOCICLETA- CON ANTECEDENTE DE MANEJO QUIRÚRGICO COMPLEJO QUE INCLUYE OSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR- OSTEOSÍNTESIS DIAFISIARIA DOBLE DE ANTEBRAZO Y PROCEDIMIENTO DE OSTEOTAXIS MÁS OSTEODESIS DE TERCER Y QUINTO DEDO DE MANO IZQUIERDA; AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE- CONSCIENTE- ORIENTADO- CON ADECUADA EVOLUCIÓN CLÍNICA- HERIDA QUIRÚRGICA EN BUEN ESTADO- SECA- SIN SIGNOS CLÍNICOS DE INFECCIÓN SOBREAÑADIDA- CON CONTROL ADECUADO DEL DOLOR BAJO ESQUEMA FARMACOLÓGICO INDICADO POR ESPECIALISTA (CEFUROXIMA 500 MG CADA 12 HORAS- METAGESIC CADA 12 HORAS- TRAMADOL A REQUERIMIENTO Y ÁCIDO ACETILSALICÍLICO UNA VEZ AL DÍA); NO OBSTANTE- DEBIDO A LA MAGNITUD DEL TRAUMA ORTOPÉDICO Y LA PRESENCIA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS- MEDICO ESPECIALISTA INDICA CONTINUIDAD Y SEGUIMIENTO ESTRICTO POR TRAUMATOLOGÍA-PARA CONTROLES PERIÓDICOS Y RETIRO PROGRAMADO DE CLAVOS EN UNIDAD DE MAYOR COMPLEJIDAD- POR LO QUE SE RECOMIENDA MANTENER CONTROLES EN DICHO NIVEL DE ATENCIÓN.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE POLITRAUMATISMO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRÁNSITO- - MOTIVO POR EL CUAL FUE SOMETIDO A MANEJO QUIRÚRGICO MEDIANTE OSTEOSÍNTESIS - ACTUALMENTE EN CONTROLES POSTQUIRÚRGICOS ;NO SE DISPONE AL MOMENTO DE RESULTADOS DE LABORATORIO RECIENTES NI IMÁGENES DE CONTROL ACTUALIZADAS - CURSA SIN DATOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA NI COMPLICACIONES AGUDAS - ENCONTRÁNDOSE EN FASE DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD PARA VALORACIÓN DE CONSOLIDACIÓN ÓSEA Y POSTERIOR RETIRO DE MATERIAL DE FIJACIÓN.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Fractura De La Diafisis Del Femur	S723		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-06	12:03	Jose	Rivera	Lino
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313828921				

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		