



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1302928286							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Cedeño	Mera	Oriol	Licurgo	H	02-01-1953	73	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN							
097952759			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.					
			2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.					
			3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive					
			4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
			5. Problemas de infraestructura.								
13	1315	131550								X	

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	Fisiatria

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA CON EL EQUIPO DE REHABILITACIÓN DEL PATRONATO MUNICIPAL DE TOSAGUA A PACIENTE MASCULINO DE 73 AÑOS CON APP DE OBESIDAD- GONARTROSIS- HTA- DM2.? ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN CONVALESCENCIA POST QX. DE OSTEOSINTESIS POR MÚLTIPLES FRACTURAS DE AMBAS PIERNAS SECUNDARIO A EVENTO TRAUMÁTICO DE ALTO IMPACTO- POR VEHÍCULO DE CUATRO RUEDAS (13/03/2025) FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EL 23-03-2026. REALIZÁNDOSE REDUCCIÓN ABIERTA MÁS OSTEOSINTESIS CON PLACA ANATÓMICA DE TIBIA DISTAL DERECHA Y REDUCCIÓN ABIERTA MÁS OSTEOSINTESIS CON PLACA MEDIAL Y LATERAL DE MESETA TIBIAL IZQUIERDA.AL MOMENTO- PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE- ORIENTADO EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- COLABORADOR AL INTERROGATORIO- CON LEVE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES ACTUALMENTE CONTROLADO CON MEDICACIÓN INDICADA AL ALTA: OLMERSARTAN- CEFALEXINA- QUINOLONAS- RIVAROXAVAN- ETEROCOXIB- Y ZALDIAR? SE REQUIERE VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA Y FISIATRÍA PARA VALORACIÓN FUNCIONAL Y CONTINUIDAD DE SU REHABILITACIÓN.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
AL EXAMEN FÍSICO: PTE. ENCAMADO CON EVIDENCIA DE MIEMBROS INFERIORES VENDADOS- CON LEVE EDEMATIZACIÓN BILATERAL A PREDOMINIO IZQUIERDO. MUCOSAS HIPO-CROMICAS. HERIDAS QUIRÚRGICAS EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN- CON PRESENCIA DE COSTRAS- SIN ERITEMA PERI-LESIONAL- SIN SECRECIÓN PURULENTO- SIN EXUDADO- SIN SANGRADO ACTIVO Y EN DATOS CLÍNICOS ACTUALES DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO. A LA PALPACIÓN PRESENTA DOLOR LOCAL LEVE A MODERADO. CONSERVA MOVILIDAD DE LOS DEDOS DE AMBOS PIES- SENSIBILIDAD DISTAL PRESERVADA- SIN PARESTESIAS NI HORMIGUEO REFERIDOS. NO REFIERE FIEBRE NI ESCALOFRÍOS DESDE EL EGRESO?

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Convalecencia Consecutiva A Tratamiento De Fractura		Z544		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-09	03:40	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310671951				

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	