

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANCHUNDIA	ROSADO	ANTONIA PILAR	04	06	1947	77 años, 4 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0904337763	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE SALINAS 18 AVA y ENTRE LA D Y LA E	099-106-2652 /
Ver instructivo	Describir País	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	0904337763	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	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	10	17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 77 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS, QUE HACE DOS SEMANAS CAE DESDE SU PROPIA ALTURA FRACTURANDOSE EL CUELLO DEL FEMUR DERECHO ATENDIDA POR EMERGENCIA EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT, DADA DE ALTA CON TRATAMIENTO SINTOMATICO E INDICACIONES DE SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA POR CONSULTA EXTERNA, ACTUALMENTE PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA, AFEBRIL, CUELLO SIN ADENOPATIAS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, NO PUEDE ESTAR DE PIE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE FEMUR DERECHO: SE OBSERVA FRACTURA DEL CUELLO DE FEMUR, IMPRESIONA SIGNOS RADIOLOGICOS CRONICOS + FRACTURA DEL CALCANELO DERECHO NO AGUDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL CUELLO DE FEMUR	S720		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-17	12:35	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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/Área	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
2024-10-17	12:35	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	