

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	CEDEÑO	LUZ ELSA	20	03	1968	57 años, 5 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0912059946	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	098-690-6778 / (99)-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	0912059946	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2025	08	25
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

F 57A. APP: OSTEOARTRITIS PRIMARIA + INSOMNIO. APF: DM (ABUELA). APQX: COLECISTECTOMIA (2019). FC DE TIBIA Y PERONE (HACE 33A) POSTERIOR A ACCIDENTE DE TRANSITO. DOS CESAREAS. AA: NR. AGO: G4C2A2. ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA EN SEUGNDO NIVEL. PACIENTE REFIERE SEGUIMIENTO EN MINSITERIOR POR FISIATRIA Y REUMATOLOGIA. MENCIONA NO OBSTANTE DOLOR CRONICO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO QUE CAUSA LIMITACION DE LA FUNCIONALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRAE CONSIGO RX DE MIEMBRO AFECTO DONDE SE OBSERVA EVIDENTE AUSENCIA DE CONSOLIDACION EN PERONE A NIVEL DEL TERCIO MEDIO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FALTA DE CONSOLIDACION DE FRACTURA [SEUDOARTROSIS]	M841		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-25	09:54	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-08-25	09:54	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	