

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MUÑOZ	DALLINTON ELOY	11	02	1982	43 años, 8 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0921455010	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POTRERILLO y	096-390-1942 /
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	0921455010	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	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2025	10	13
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

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE APQ: FRACTURA EXPUESTA DE TIBIA IZQUIERDA HACE 1 AÑO CON CLAVO ENDOMEDULAR ACUDE REFIRIENDO CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR A NIVEL DE PIERNA Y PIE IZQUIERDO POSTERIOR A SUFRIR ACCIDENTE EN VIA PUBLICA EN MOTO QUE COLISIONA CON CAMIONETA CHEVROLET. PACIENTE FUE OPERADO EN HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON. NIEGA ALERGIAS. NIEGA CONSUMO DE SUSTANCIAS. AL EXAMEN FISICO, A NIVEL DE PIE IZQUIERDO PRESENTA DEFORMIDAD E IMPOSIBILIDAD PARA LA EXTENSION DE PRIMER Y SEGUNDO DEDO PLANTAR (POSICION: FLEXION).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA DE NUEVA RADIOGRAFIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRO(S) DEDO(S) DEL PIE EN MARTILLO (ADQUIRIDOS)	M204		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-13	14:15	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

Firmado electrónicamente por:
MARIA JOSE MEZA
CUSME

Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-10-13	14:15	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	