

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	VERA	CESAR ALBERTO	31	01	1978	47 años, 1 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1203767775	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LAS MARIAS y LAS MARIAS	098-266-6645 /
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	1203767775	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	03	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	☐	FRACTURA DE EPIFISIS INFERIOR DE FEMUR	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 47 AÑOS DE EDAD. APP: TOFOS GOTOSOS DESDE HACE 20 AÑOS, INCLUSIVE CON CIRUGIAS EN BRAZOS HACE 2 AÑOS CON SECUELAS EN DEDOS MEDIO Y ANULAR. PACIENTE TRATADO CON ALOPURINOL Y COLCHICINA. REFIERE QUE HACE 1 AÑO SUFRIÓ UN ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO EN DONDE SUFRIÓ FRACTURA DE EPIDIFIS DISTAL DE FEMUR DERECHO, EN EL HOSPITAL LE REALIZARON LIMPIEZA QUIRURGICA CON COLOCACION DE TUTORES EXTERNOS QUEDANDO PENDIENTE LA OSTEOSINTESIS POR MOTIVO DE INFECCION DE LOS TUTORES. PACIENTE CON LIMITACION FUNCIONAL Y DOLOR ARTICULAR. PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA DERIVACION A ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL FEMUR	S724		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	10:52	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-03-17	10:52	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	