

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VERA	MARIA APOLINARIA	05	10	1936	88 años, 10 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300320684	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHINCHA 006 y	097-889-9810 /
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	1300320684	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	Geriatría y Gerontología	2025	08	14	
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 FEMENIA ADULTA MAYOR DE 88 AÑOS DE EDAD SIN SINTOMATOLOGIA, CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, FRACTURA DE FEMUR IZQUIERDO SIN RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA HACE 15 AÑOS , CON PERDIDA VISUAL PROGRESIVA DE AÑOS DE EVOLUCIÓN SIN VALORACIÓN POR DISCAPACIDAD. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, SE EVIDENCIA DE DELGADEZ Y PERDIDA DE MASA MUSCULAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 88 AÑOS CON DISCAPACIDAD POR FRACTURA MAL CONSOLIDADA HACE 15 AÑOS Y PERDIDA PROGRESIVA DE VISIÓN.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSOLIDACION DEFECTUOSA DE FRACTURA	M840	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-14	10:47	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	13154198	 Diana Kathiusca Zambrano Andrade Time Stamping Security Data

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 clínico

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
2025-08-14	10:47	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	