

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	QUINTERO	VICENTE RAMON	19	07	1927	97 años, 6 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301738116	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL ROSAL y	098-920-6453 / (05)-236-1243
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	1301738116	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2025	02	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 97 AÑOS AGRICULTOR JUBILADO , REFIERE CUIDADORA QUE HACE APROXIMADAMENTE UN MES SUFRÓ UNA CAIDA DE SU PROPIA ALTURA MIENTRAS SE COLOCABA UN PANTALÓN PRESENTANDO UNA FRACTURA DE CADERA, POR LO CUAL FUÉ INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE PARA COLOCACIÓN DE PROTESIS,POSTERIORMENTE PRESENTÓ EMBOLIA PULMONAR, REFIERE HACE 8 DIAS RETIRO DE PUNTOS , INICIÓ HACE 2 DIAS TERAPIA FISICA EN DOMICILIO, DEAMBULA CON AYUDA DE CAMINADOR, DEPENDE DE AYUDA DE CUIDADOR, ACTUALMENTE CON MEDICACION ANTICOAGULANTE APIXABAN 2,5MG/D, CONCOR 1,25MG/D, LEVOLUPIRIDA 25MG/D, MULTIVITAMINICO 10ML/D, MAGNESIO 100MG/D, REFIERE CONTROL DE ESFINTERES, NO USA PAÑAL, AVISA PARA IS AL BAÑO, DISMINUCION DE AUDICIÓN, NO REFIER PROBLMAS DE MEMORIA, ESTÁ ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO, RESPONDE AL LLAMADO, SABE SU NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO. PA 122/73, FC 76 LPMIN, SO2 100%.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-13	12:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

