

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVAREZ	ALCIVAR	MARTIN DIOSDADO	08	12	1950	74 años, 8 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301927412	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BUENOS AIRES y SA	093-909-1368 /
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	1301927412	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		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

PACIENTE DE 78 AÑOS, QUE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD EN ANTEBRAZO IZQUIERDO POR FRACTURA POSTERIOR A CAIDA DE SU PROPIA ALTURA HACE UN MES, ACUDE A EMERGENCIAN EN LA CUAL LE REALIZAN RX DE ANTEBRAZO IZQUIERDO CON LA CUAL ACUDE EN LA QUE SE EVIDENCIA FRACTURA DE EPIFISIS PROXIMAL DE RADIO, LE INDICAN TRATAMIENTO CONSERVADOR CON INMOVILIZACION DE LA EXTREMIDAD, REFIERE NO LE FUE PREESCRITA LA REHABILITACION POSTERIOR A FRACTURA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA PACIENTE CON CABESTRILLO E INMOVILIZACION DE ANTEBRAZO IZQUIERDO, NO SE EVIDENCIA EDEMA, NO EVIDENCIA ERITEMA DE LA EXTREMIDAD. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REHABILITACION DE EXTREMIDAD POSTERIOR A FRACTURA DE EPISIFIS PROXIMAL DEL RADIO IZQUIERDO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR	T929	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-25	14:23	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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	14:23	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

