

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| RIVAS            | LOOR             | ADOLFO ABRAHAN | 02                  | 10  | 1953 | 71 años, 2 meses, 6 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1302156201        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | CUCUY y                      | 052-302-3983 / (99)-999-9999 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia   | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular         |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|--|--|
| MSP                 | 1302156201      | CUCUY                    | 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 | 2024 | 12    | 08  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                       | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MASCULINO DE 71 AÑOS APP HTA, HACE 10 AÑOS TUVO HEPATITIS?, MEDICACION HABITUAL: LOSARTAN 50 MG V.O. QD, ALERGIAS NO REFIERE, AQX: NO REFIERE. REFIERE DOLOR DE LARGA DATA , EN PIERNA DERECHA , SE PALPA TUMEFACCION EN REGION LATERAL MEDIA DE LA PIERNA DER, REFIERE QUE EL DOLOR SE MANTIENE CONSTANTE, Y SE INTENSIFICA AL DEAMBULAR. REFEIRE TENER COMO ANTECEDENTE TRAUAMTICO CAIDA DE UN CABALLO. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RX TIBIA Y PERONE DERECHA AP 18/NOV/2024:SE OBSERVA CRECIMIENTO OSEO EN PERONE EN DIAFISIS, SE OBSERVA MASA EXOFITICA BORDES IRREGULARES NO DEFINIDO, MASA RADIOLUCIDA RODEADA DE BORDE RADIO-OPACO. RX COLUMNA LUMBOSACRA 28/NOV /2024 : SE OBSERVA ESCOLIOSIS LEVE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------|------------|-------|
| 2024-12-08 | 19:36 | Medicina Rural | ANA MARIA MORALES PAREDES | 1351059439 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------|------------|-------|
| 2024-12-08 | 19:36 | Medicina Rural | ANA MARIA MORALES PAREDES | 1351059439 |       |