

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA	ZAMBRANO	SUSANA CARMELINA	12	01	1959	65 años, 10 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302255854	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	098-523-9448 /
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	1302255854	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		2024	11	26
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 65 AÑOS APP: FRACTURA DE CUBITO APX: DE CATETERISMO CON COLOCACIÓN DE STENT EN AORTA. ACUDE A CONSULTA PORQUE HACE 4 SEMANAS SUFRIO UNA CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA CAYO ENCIMA DE SU BRAZO DERECHO, ACUDIO A LA EMERGENCIA Y LE COLOCARON UNA FERULA ANTEBRAQUIAL, COMENTA QUE HACE 3 SEMANAS SE LE SALIO LA FERULA. AL MOMENTO PACIENTE COMENTA SENTIR DOLOR EN EL ANTEBRAZO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE EN TRAMITE DE RADIOGRAFIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO		S528	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-26	08:42	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

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
2024-11-26	08:42	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	