

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAZAR	DOMINGUEZ	ANGELA CLARILDA	10	05	1961	65 años, 0 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302569718	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CLAN SALAZAR y	097-884-3748 /
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	1302569718	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG	2026	05	11
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 65 AÑOS DE EDAD QUE CON APP DE HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG QD AMLODIPINO 10 MG, DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 1000 MG BID, AQX: OSTEOSINTESIS DE FEMUR HACE 4 MES (7/12/2025).AL DIA DE HOY PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS TRAI DO POR FAMILIAR LOS CUALES REFIERE QUE VIVEN EN UNA COMUNIDAD LEJANA DE DIFICIL ACCESO EN EPOCAS DE LLUVIAS (CLAN SALAZAR)POR LO QUE SOLICITAN AUTORIZACIÓN DEL PRÓXIMO MES SOLO RETIRAR LA MEDICACIÓN, SE FACILITA REFERENCIA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGÍA YA QUE NO HA TENIDO CONTROL POSQUIRURGUICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL FEMUR, PARTE NO ESPECIFICADA	S729		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-11	10:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-11	10:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	