

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	1246	CS. TOSAGUA	C	1302928286	1302928286					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDEÑO	NERA	ORIO	LICURGO	F	02/01/1953	73	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO					
097952759 / 0989094440 / 0992114616	/	X								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.							
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	FISIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA CON EL EQUIPO DE REHABILITACIÓN DEL PATRONATO MUNICIPAL DE TOSAGUA A PACIENTE MASCULINO DE 73 AÑOS

CON APP DE OBESIDAD, GONARTROSIS, HTA, DM2. ? ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN CONVALECENCIA POST Qx. DE OSTEOSINTESIS POR MÚLTIPLES FRACTURAS DE AMBAS PIERNAS SECUNDARIO A EVENTO TRAUMÁTICO DE ALTO IMPACTO, POR VEHÍCULO DE CUATRO RUEDAS (13/03/2025) FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EL 23-03-2026. REALIZÁNDOSE REDUCCIÓN ABIERTA MÁS OSTEOSÍNTESIS CON PLACA ANATÓMICA DE TIBIA DISTAL DERECHA Y REDUCCIÓN ABIERTA MÁS OSTEOSÍNTESIS CON PLACA MEDIAL Y LATERAL DE MESETA TIBIAL IZQUIERDA. AL MOMENTO, PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO, CON LEVE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES ACTUALMENTE CONTROLADO CON MEDICACIÓN INDICADA AL ALTA: OLMERSARTAN, CEFALEXINA, QUINOLONAS, RIVAROXAVAN, ETEROCOXIB, Y ZALDIAR...

SE REQUIERE VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA Y FISIATRÍA PARA VALORACIÓN FUNCIONAL Y CONTINUIDAD DE SU REHABILITACIÓN.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EXAMEN FÍSICO: PTE. ENCAMADO CON EVIDENCIA DE MIEMBROS INFERIORES VENDADOS, CON LEVE EDEMATIZACIÓN BILATERAL A PREDOMINIO IZQUIERDO. MUCOSAS HIPO-CROMICAS. HERIDAS QUIRÚRGICAS EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN, CON PRESENCIA DE COSTRAS, SIN ERITEMA PERI-LESIONAL, SIN SECRECIÓN PURULENTO, SIN EXUDADO, SIN SANGRADO ACTIVO Y SIN DATOS CLÍNICOS ACTUALES DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO. A LA PALPACIÓN PRESENTA DOLOR LOCAL LEVE A MODERADO. CONSERVA MOVILIDAD DE LOS DEDOS DE AMBOS PIES, SENSIBILIDAD DISTAL PRESERVADA, SIN PARESTESIAS NI HORMIGUEO REFERIDOS. NO REFIERE FIEBRE NI ESCALOFRÍOS DESDE EL EGRESO...

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. CONVALECENCIA CONSECUTIVA A TRATAMIENTO DE FRACTURA	Z544		X	4. HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X		X
2. FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA	S827		X	5. OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	E669		X
3. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	D509		X	6. DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES NO ESPECI	E118	X	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
08/04/2026	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		