

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	ZAMBRANO	ANTONIA LEONOR	05	07	1962	64 años, 0 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303544629	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LAS CRUCES y	096-372-3832 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303544629	SANTA RITA	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		2026	07	10
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

femenina de 64 años acude por control de de cirugía de maleolo lateral el 20/6/26, paciente refiere que nunca ha tenido control postquirurgico y refiere que nunca hizo terapia, ahora últimamente refiere dolor intenso en el tobillo, se da paso a trauamtologia

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

femenina de 64 años acude por control de de cirugía de maleolo lateral el 20/6/26, paciente refiere que nunca ha tenido control postquirurgico y refiere que nunca hizo terapia, ahora últimamente refiere dolor intenso en el tobillo, se da paso a trauamtologia

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO	S826		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	09:55	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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 clínico

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
2026-07-10	09:55	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	