

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VALDEZ	GABRIEL RENELFO	26	12	1960	65 años, 1 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303604209	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL VERGEL y MIRAFLORES	095-948-6900 / (99)-999-9999
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	1303604209	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	02	24
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

DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO- HACE 6 MESES TUVO CAIDA CON IMPACTO EN CODO CON DEFORMIDAD- - TUVO FRACTURA DE CUBITO Y RADIOA - TUVO ATENCION EMPIRICA QUE LO INMOVILIZARON SIN CORREGIR FRACTURA - AL MOMENTO ESTA DEFORMADO A NIVEL DEL CODO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO- HACE 6 MESES TUVO CAIDA CON IMPACTO EN CODO CON DEFORMIDAD- - TUVO FRACTURA DE CUBITO Y RADIO - TUVO ATENCION EMPIRICA QUE LO INMOVILIZARON SIN CORREGIR FRACTURA - AL MOMENTO ESTA DEFORMADO A NIVEL DEL CODO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL CUBITO	S520	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-24	14:52	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-02-24	14:52	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	