

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	GANCHOZO	TERESA CARLOTA	25	07	1955	70 años, 3 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303650996	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA GEMA	099-026-2302 /
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	1303650996	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	11	13
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

PACIENTE ACUDE AL CONTROL DE ECNT (HTA) TRATADA ATENOLOL 100, DM2 METFORMINA 500, HIIPORTIROIDISMO: LEVOTIROXINA 100, PACIENTE REFIERE QUE PRESENTÓ CAIDA DE SU PROPIA ALTURA QUE LE CAUSÓ TRAUMA EN EL TOBILLO IZQUIERDO,NO LOGRA CAMINAR CON NORMALIDAD POR EL DOLOR, TRAE RX DONDE SE EVIDENCIA FISURA DE MALELOLO. HA TOMADO AINES SIN VER MEJORIA, PRESENTA LIMITACION FUNSIONAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE MIEMBRO INFERIOR CON FISURA DEL PERONE SE DERIVA PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD E INMOVILIZACION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE	S824		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-13	14:48	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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