

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	CEDEÑO	RUTH MARIA	03	10	1950	75 años, 5 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304209495	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CONVENTO y	098-729-5508 /
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	1304209495	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	03 09
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 A NIVEL DEL ANTEBRAZO Y EN MANO IZQUIERDA . HACE ALGUNOS MESES PRESENTO FRACTURA EN RADIO , NO HA RECOBRADO MOVILIDAD NORMAL - AUN TIENE DOLOR Y DISMINUCION DE LA FUNCIONALIDAD - TAMBIEN PRESENTA DOLOR EN REGION LUMBAR Y REGION SACRA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN MIEMBRO S SUPERIOR A NIVEL DEL ANTEBRAZO Y EN MANO IZQUIERDA . HACE ALGUNOS MESES PRESENTO FRACTURA EN RADIO , NO HA RECOBRADO MOVILIDAD NORMAL - AUN TIENE DOLOR Y DISMINUCION DE LA FUNCIONALIDAD - TAMBIEN PRESENTA DOLOR EN REGION LUMBAR Y REGION SACRA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO	S525	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-09	11:57	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
2026-03-09	11:57	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	