

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	FERNANDEZ	LINA MERCEDES	30	11	1967	57 años, 9 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305082545	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	NN y NN	099-493-7086 /
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	1305082545	SAN ANTONIO	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		2025	09	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

☐

CONSOLIDACION RETARDADA DE FRACTURA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS DE EDAD. APP: HIPOTIROIDISMO TRATADA CON LEVOTIROXINA DE 75 MCG. AA: NO REFIERE. APQX: HERNIORRAFIA UMBILICAL. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD SOLICITANDO REFERENCIA. AL INTERROGATORIO REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSO EN PIE DERECHO QUE SE EXACERBA HACE 3 MESES, REFIERE CAIDA DE SU PROPIA ALTURA HACE UN AÑO EN DONDE SUFRIO FRACTURA DE HALLUX. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF: 0967538495

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX 09/09/2025: SE EVIDENCIA CALLO OSEO A NIVEL DE HALLUX DE PIE DERECHO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSOLIDACION RETARDADA DE FRACTURA	M842		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-10	09:50	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-09-10	09:50	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

