

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LEON	CAGUA	EUGENIO JUAN	15	11	1956	68 años, 4 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305476606	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	099-107-6422 / (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	1305476606	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2025	03	27
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

☐

DEFORMIDAD
ADQUIRIDA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. APQX: OSTEOSINTESIS (HACE 14 AÑOS). PACIENTE REFIERE QUE HACE 14 AÑOS SUFRIÓ UN ACCIDENTE LABORAL EN DONDE PRESENTÓ UNA FRACTURA A NIVEL DE RADIO Y CUBITO DERECHO MOTIVO POR EL CUAL LE REALIZARON UNA OSTEOSINTESIS, SIN EMBARGO SIEMPRE HA PRESENTADO DEFORMIDAD DEL MIEMBRO Y EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS DIFICULTAD PARA COGER OBJETOS CON LA MANO AFECTADA Y PARESTESIA EN EL MIEMBRO. RX 26/03/2025 QUE REPORTA: PRESENCIA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN EL EXTREMO DISTAL DEL RADIO POR FRACTURA AL MOMENTO ALINEADA, RESTO DE RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS, MINERALIZACIÓN ÓSEA DISMINUIDA, NO SE OBSERVAN LESIONES NI BLÁSTICAS. PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF: 0991076422

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA DERIVACIÓN A ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DE LOS MIEMBROS, ESPECIFICADAS	M218		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-27	08:26	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
2025-03-27	08:26	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

