

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	CORNEJO	CARMEN MARISOL	10	07	1970	55 años, 6 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305625699	MANABI	CHONE	RICAUARTE	EL CEIBO y	099-316-0497 /
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	1305625699	RICAUARTE	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		2026	02	03
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 FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR SOLICITUD DE REFERENCIA PARA VALORACION DE DISCAPACIDAD EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PARA TRAUMATOLOGIA. AL EXAMEN FISICO CABEZA NORMOCEFALICO CON MUCOSAS HIDRATADAS, CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO NO RUIDOS AGREGADOS. ABDOMEN BALNDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, EXTREMIDADES INFERIORES SIN PATOLOGIAS, EXTREMIDADES SUPERIORES BRAZO DERECHO DEFORMIDAD EVIDENTE EN BRAZO, FUNCIONALIDAD LIMITADA, NO PUEDE EXTENER EL BRAZO DE FORMA COMPLETA, NO REALIZA ABDUCCION + PARESTESIA EN LA MANO DERECHA, ADEMAS REFERIERE SENTIR DOLOR EN LA ARTICULACION DEL CODO DURANTE EL DIA Y MAS AL REALIZAR TAREAS DEL HOGAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD ADQUIRIDA DEL MIEMBRO, NO ESPECIFICADA	M219	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-03	09:03	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	

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
2026-02-03	09:03	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	

