

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	ORTEGA	DEYSI ANTONIA	23	07	1968	56 años, 5 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306286715	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LAS 3 MARIAS y	099-455-2671 /
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	1306286715	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		2025	01	17
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 HACE MAS O MENOS TUVO TRAUAM EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO QUE RESULTO EN UNA FRACTURA DE TIBIA A NIVEL DE EPIFISIS PROXIMAL . LA CUAL FUE INTERVENIDA CON OSTEOSINTESIS - POSTERIOR A ESO HA ESTADO EN REHABILITACION POR ALGUNOS MESES - Y AHORA PRESENTA DOLOR INTENSO EN LA PIERNA DEL LADO AFECTO CON ATROFIA DE MUSCULOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE HACE MAS O MENOS TUVO TRAUAM EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO QUE RESULTO EN UNA FRACTURA DE TIBIA A NIVEL DE EPIFISIS PROXIMAL . LA CUAL FUE INTERVENIDA CON OSTEOSINTESIS - POSTERIOR A ESO HA ESTADO EN REHABILITACION POR ALGUNOS MESES - Y AHORA PRESENTA DOLOR INTENSO EN LA PIERNA DEL LADO AFECTO CON ATROFIA DE MUSCULOS- AMERITA TRATAMIENTO SUBSECUENTE
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA	S821	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-17	11:32	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

Firmado electrónicamente por:
MARIO FABIAN
CERCADO PLUAS

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
2025-01-17	11:32	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	