

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	GIOVANNY PASCUALINO	20	04	1973	51 años, 9 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306486646	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y SN	000-000-0000 /
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	1306486646	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	02	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 SIN ANTECEDENTES PREVIOS DE SALUD, CURSA CON LIMITACION DEL MOVIMIENTO DE ARTICULACION DEL TOBILLO DERECHO DE APROXIMADAMENTE 2 MESES DE EVOLUCION POSTERIOR A SUFRIR APLASTAMIENTO EN DICHA ZONA POR TRONCO DE ARBOL, PACIENTE MENCIONA QUE NO TUVO RECURSOS PARA REALIZAR INMOVILIZACION DE DICHA ARTICULACION, TRAE CONSIGO RADIOGRAFIA DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA SIN DEPLAZAMIENTO DE MALEOLO PERONEO EXTERNO DERECHO, REFIERE DOLOR DE LEVE INTENSIDAD CON LEVE IMPOTENCIA FUNCIONAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ANEXA RX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO	S826		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-17	10:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2025-02-17	10:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	