

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BRAVO            | ZAMBRANO         | ANGEL LUDGARDO | 15                  | 04  | 1971 | 55 años, 0 meses, 27 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                             | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|---------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306895234        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | CALLE LUIS NAVEDA y CALLE LUIS NAVEDA | 098-713-0653 /      |
| 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                 | 1306895234      | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                    | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía Ortopédica Y Traumatología | 2026  | 05  | 12  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                       | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 55 AÑOS DE EDAD. APP: HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL AÑO 2003. CIRUGÍA DE FRACTURA DE COXOFEMORAL IZQUIERDA CON COLOCACIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS (PLATINO) HACE 13 AÑOS. PRODUCTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO PACIENTE ACUDE REFIRIENDO DOLOR CRÓNICO EN CADERA IZQUIERDA (LUEGO DE COLOCACIÓN DE PROTESIS). EL CUAL AUMENTA CON LA DEAMBULACION NO HA SIDO VALORADO POR TRAUMATOLOGIA REFIERE ATROFIA MUSCULAR DE PIERNA IZQUIERDA DEL AREA DEL PLATINO. POR LO CUAL SE ENVIA A TRAUMATOLOGIA PARA INICIO DE CALIFICACION DE DISCAPACIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FRACTURA ANTIGUA

## 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------|--------|-----|-----|
| FRACTURA DEL CUELLO DE FEMUR | S720   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------|------------|-------|
| 2026-05-12 | 11:21 | Medicina Familiar Y Comunitaria | SAMANTA BELEN MERA BUITRON | 1720446291 |       |

## 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 |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------|------------|-------|
| 2026-05-12 | 11:21 | Medicina Familiar Y Comunitaria | SAMANTA BELEN MERA BUITRON | 1720446291 |       |

