

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PATIÑO	BRIONES	JERSSON MONSERRATE	25	04	1971	54 años, 4 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307005411	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ALEJO LASCANO y 7 DE AGOSTO	095-894-1044 /
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	1307005411	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	09	24
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 MASCULINO DE 54 AÑOS - ANTECEDENTES DE TRAUMATISMO FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PIERNA DERECHA INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE HACE 6 AÑOS - TIENE 3 CLAVOS - REFIERE CAIDA DE SU MISMA ALTURA CAE SENTADO OCASIONANDO DOLOR MODERADO EN PIERNA DERECHA - IMPOSIBILITA LA MARCHA - HACE 12 DIAS - A TOMADO IBUPROFENO 400MG - DICLOFENACO 75MG IM - OTRO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO SIN ESPECIFICAR - FAMILIAR REFIERE QUE FUE ATENDIDO EN EMRG HNDC DONDE MEDICO REALIZA RX DE RODILLA IZQUIERDA (NO TRAE ESTUDIO DE IMAGEN) DONDE LE INDICAN VERBARAMENTE QUE NO HAY FRACTURAS - SOLICITAN REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA POR ANTECEDENTE QUIRURGICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

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
2025-09-24	09:30	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-09-24	09:30	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	