

traumatología

6/08/2021

## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |               |               | Edad                         | Sexo                 |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|----------------------|
| GOMEZ            | SACON            | NELSON BIENVENIDO | 20                  | 04            | 1976          | 49 años, 3 meses, 16 días    | Hombre               |
|                  |                  |                   | día                 | mes           | año           | a-m-d                        | 1=H 2=M              |
| Nacionalidad     | País             | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico        |
| ECUATORIANO/A    | ECUADOR          | 1307340602        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | CERCA DE LA ESCUELA y SN     | 095-997-1274 /       |
| 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                 | 1307340602                               | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO |                                    | HOSPITAL BASICO | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                                            |                                    |                 | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa                           | Cirugía Ortopédica Y Traumatología |                 | 2025           | 08  | 05  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio                                   | Especialidad                       |                 | día            | mes | año |

### 2. Motivo de la referencia o derivación:

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

### 3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE SER OPERADO DE AMBAS PIERNAS POR ACCIDENTE EN MOTO, ACUDE REFIRIENDO DOLOR , DIFICULTAD PARA DEHAMBULAR , PARESTESIA EL MIMO REQUIERE VALORACION POR TRAUMATOLOGIA

### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INDICADO

### 5. Diagnóstico



| Diagnóstico                               | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO | S899   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                     |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-08-05 | 08:27 | Medicina Familiar Y Comunitaria | DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS | 1759076258 |  FIRMADO ELECTRONICAMENTE CON FIRMAR<br>DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS<br>Validar Autenticidad con FIRMAR |

### 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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-08-05 | 08:27 | Medicina Familiar Y Comunitaria | DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS | 1759076258 |       |

