

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	LOOR	JOSE RICARDO	07	02	1970	56 años, 5 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307413391	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PAPAYA ADENTRO y	098-526-3114 /
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	1307413391	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	07	09
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

USUARIO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (ESPOSA) REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 12 AÑOS SUFRIÓ ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR FRACTURA DE FEMUR IZQUIERDO, ES LLEVADO A LA CIUDAD DE PORTOVIEJO DONDE ES INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE (COLOCACIÓN DE MATERIAL TUTORES - LUEGO MATERIAL DE OSTEOSINTESIS), ES REINTERVENIDO QUIRURGICAMENTE EN 2 OCACIONES PARA CAMBIO DE MATERIAL QUIRURGICO, ACTUALMENTE NO HA RECIBIDO ATENCIÓN ESPECIALIZADA, TRAE ANEXO 2 EMITIDO POR MEDICINA FAMILIAR, SE EXPLICA QUE EN ESTE CASO DEBERA TENER EVALUACIÓN ESPECIALIZADA DE TRAUMATOLOGÍA Y FISIATRÍA, DUNRANTE LA CINSULTA SE EVIDENCIA: ACORTAMIENTO DE MIMEMBRO INFERIOR IZQUIERDO (+- 5.5 CMT - ATROFIA DE PANTORRILLA IZQUIERDA DE 1,5 CMT - NO FLEXIÓN DE RODILLA IZQUIERDA - PRESENCIA DE VARIAS CICATRICES QUIRUGICAS Y DE INJERTOS) - SE HARA REFERENCIA A TRAUMATOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNA ACTUALMENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE FRACTURA DEL FEMUR	T931		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	09:26	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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
2026-07-09	09:26	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

