

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	VERA	CANDIDA ESTRELLITA	21	05	1967	59 años, 1 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307444222	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO y	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	1307444222	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	Hospital Napoleón Dávila Cordova	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	06	30
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 QUE ACUDE TRAÍDA POR SU ESPOSO, REFIERE QUE HACE 6 MESES TUVO CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA MIENTRAS BAJABA UNA PENDIENTE POSTERIORMENTE ACUDE A HOSPITAL BÁSICO SAN ANDRÉS DONDE LE ESTABILIZAN LA FRACTURA, POSTERIORMENTE NO RECIBE LLAMADA PARA TRANSFERENCIA PARA MÉDICO ESPECIALISTA POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA. ULTIMA RADIOGRAFÍA SE OBSERVA FRACTURA EN MIEMBRO UINFERIOR DERECHO DE MALEOLO MEDIAL, NO SE OBSERVA CALLOSIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX: FRACTURA DE MALEOLO MEDIAL, FRACTURA DE EPIFISIS DE PERONÉ CONSOLIDADA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA	S823		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	10:07	Medicina Rural	ROMMEL STEVEN ZAMBRANO BARREIRO	1316390481	

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 clínico

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
2026-06-30	10:07	Medicina Rural	ROMMEL STEVEN ZAMBRANO BARREIRO	1316390481	