

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTILLO	BECERRA	PURILIMPIA CONCEPCION	10	05	1955	71 años, 1 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308047164	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	UNION POPULAR y UNION POPULAR	098-930-4704 /
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	1308047164	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA	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 ADULTA MAYOR DE 72 AÑOS DE EDAD REFIERE ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE MAS O MENOS DOS AÑOS DE EVOLUCION, OSTEOMILITIS CRONICA DE FEMUR DERECHO SECUNDARIA A TUMOR OPERADA HACE SEIS AÑOS APROXIMADAMENTE,, CON PRESENCIA DE CUATRO FISTULAS CUTANEA CRONICA DE DOS AÑOS DE EVLUCIÓN A NIVEL DE TERCIO PROXIMAL DEL FEMUR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : 10/10/23 FRACTURA DE TERCIO PROXIMAL DERECHO CON DESVIACIÓN DE SU EJE. 21/07/25 AUSENCIA DE ASPECTO CRONICO OSEO DE TERCIO PROXIMAL DE FEMUR , IRREGULARIDAD ESCLERÓTICA DEL TECHO ACÉTABULAR DERECHO. ESPACIOS ARTICULARES DISMINUIDOS - DENSIDAD OSEA DISMINUIDOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OSTEOMIELITIS CRONICA CON DRENAJE DEL SENO	M864		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	14:53	Medicina Interna	JUAN FRANCISCO CEDEÑO FLORES	1006-03-441496	

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
2026-06-30	14:53	Medicina Interna	JUAN FRANCISCO CEDEÑO FLORES	1006-03-441496	