

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CEDENO           | BURGOS           | EVA ERMELINDA | 31                  | 05  | 1973 | 52 años, 10 meses, 21 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308109345        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | CONVENTO y                   | 099-174-3419 /       |
| 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                 | 1308109345      | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |               |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Traumatología |  | 2026  | 04  | 21  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad  |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS CON ANTECEDENTES QUIRURGICO POR UNA FRACTURA DE BRAZO DERECHO ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 2 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN BRAZO DERECHO, SIN IRRADIACIÓN, TIPO CORRIENTAZO, DE INTENSIDAD EVA 8/10. REFIERE QUE EL DOLOR SE EXACERBA CON EL MOVIMIENTO EXCESIVO DEL MIEMBRO Y MEJORA PARCIALMENTE CON ANALGESIA. SE LE ENVIO A HACER UNA RADIOGRAFIA MUESTRA DESCALCIFICACION OSEA SE HACE UNA REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA PARA VALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXTREMIDADES SUP DOLOOR INTENSOE INFLAMACION

5. Diagnóstico

| Diagnóstico           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------|--------|-----|-----|
| DOLOR EN ARTICULACION | M255   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-21 | 14:46 | Medicina Rural | VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO | 1316721933 |       |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐



Firmado electrónicamente por:  
MARIA FERNANDA  
ANDRADE BARREIRO  
Validar únicamente con FirmaEC

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-21 | 14:46 | Medicina Rural | VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO | 1316721933 |       |