

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	VELIZ	VICTOR ALFREDO	27	04	1977	49 años, 0 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308558780	MANABI	CHONE	SANTA RITA	A y A	000-000-0000 /
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	1308558780	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	05	04
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 MASCULINO DE 49 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE RELEVANCIA NI ALERGIAS CONOCIDAS SEGUN REFIERE. REFIERE ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO HACE APROXIMADAMENTE 15 AÑOS, QUE CONDICIONÓ FRACTURA NO ESPECIFICADA, LA CUAL NO FUE MANEJADA QUIRÚRGICAMENTE POR LIMITACIONES ECONÓMICAS, RECIBIENDO TRATAMIENTO EMPÍRICO NO MÉDICO. EVOLUCIONA DESDE ENTONCES CON ALTERACIÓN DE LA MARCHA. HACE APROXIMADAMENTE 7 MESES PRESENTA NUEVO TRAUMATISMO POR CAÍDA, CON COMPROMISO DE RODILLA DERECHA, POSTERIOR A LO CUAL INCREMENTA LA SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA Y LA LIMITACIÓN FUNCIONAL. REFIERE MANEJO NO INSTITUCIONAL CON TERAPIAS TRADICIONALES (SOBADOR). ACTUALMENTE CURSA CON MARCHA ANTÁLGICA, CON DESVIACIÓN DEL EJE CORPORAL HACIA EL LADO AFECTADO, LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO Y PROBABLE SECUELA OSTEOARTICULAR POSTRAUMÁTICA. SE DECIDE REFERENCIA A TRAUMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, DETERMINACIÓN DE SECUELAS Y CONSIDERACIÓN PARA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR	T932		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-04	09:13	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-05-04	09:13	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

