

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALCEDO	FLECHER	JUAN CARLOS	14	01	1976	49 años, 7 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308573771	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y EL ROSAL	098-855-4263 /
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	1308573771	SAN ANTONIO	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		2025	09	03
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 , DE 49 AÑOS DE EDAD , SEXO HOMBRE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL , REFIERE PRESENTAR DOLOR EN EL ANTEBRAZO Y PEQUEÑA DEFORMACION A NIVEL DEL ANTEBRAZO DERECHO , POSTERIOR A CAIDA EN MOTO POR PERDIDA DE PISTA HACE 1 MES 12 DIAS, EN LA RADIOGRAFIA SE OBSERVA FRACTURA DE EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO, SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO DE MEDICO TRAUMATOLOGO 0988554263

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE ANTEBRAZO DERECHO SE OBSERVA FRACTURA DE EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO	S525		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-03	09:02	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	

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
2025-09-03	09:02	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	