

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	INTRIAGO	ANGEL FILIBERTO	11	09	1960	64 años, 11 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308811130	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SD 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	1308811130	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4				
Refiere o Deriva a:				Fecha				
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Emergencia	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	08	21
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 64 AÑOS DE EDAD, APP NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE, ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA REVISION DE RX DE ANTEBRAZO Y MANO DERECHA REALIZADA HOY 21/08/2025 DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA OBLICUA CERRADA A NIVEL DE TERCIO MEDIO DE RADIO, PACIENTE REFIERE QUE HACE UN MES TUVO UN ACCIDENTE EN EL CUAL RESULTADO LESIONADO EL ANTEBRAZO Y MANO DERECHA, SE HIZO SOBAR POR UN SOBADOR 3 VECES REFIERE. AL MOMENTO CON DOLOR MODERADO Y LIMITACION DE LA MOVILIDAD, SE OBSERVA MANO DERECHA CON EDEMA. PACIENTE AL MOMENTO AFEBRIL, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, NIEGA ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGÍA. SE REALIZA REFERENCIA CON TRAUMATOLOGIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA: MANO EDEMATOSA, LIMITACION FUNCIONAL Y DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD A NIVEL DE ANTEBRAZO Y MANO DERECHA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL RADIO	S523		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	11:25	Medicina Rural	PRISSILLA YULETZI ALONZO VILE	1313599175	

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
2025-08-21	11:25	Medicina Rural	PRISSILLA YULETZI ALONZO VILE	1313599175	

