

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALDARRIAGA	LOOR	MARIA ALEXANDRA	12	05	1977	49 años, 2 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309262424	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	TRAS LA IGLESIA y	098-299-0400 /
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	1309262424	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	07	28
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 ACUDE POR QUE HACE 7 MESES TUVO CIRUGÍA POR TRAUMATOLOGIA EN HEP, A NIVEL DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN HUMERO DEBIDO A FRACTURA MÚLTIPLE EN DIAFISIS, ACTULAMENTE PRESENTA PLACA INTERNA Y ORNILLOS EN AREA DISTAL,LOS CUALES DEBEN SER RETIRADOS PARA QUE PACIENTE INICIE ESQUEMA DE REHABILITACIÓN FÍSICA.- PARA HTA TOMA LOSARTAN 100MG Y AMLODIPINO 5MG CADA DIA ESTA ULTIMA LE CAUSA MUCHA MOLESTIA GÁSTRICA.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN RADIOGRAFÍA ACTUALIZADA, SE ENVIA NUEVA ORDEN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL HUMERO	S423		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-28	14:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

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
2026-07-28	14:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	