

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TUAREZ	CEDEÑO	LUIS MIGUEL	31	03	1986	39 años, 5 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309285136	MANABI	CHONE	CONVENTO	CONVENTO y	096-381-0655 /
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	1309285136	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología		2025	09	26
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 39 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO. PACIENTE HACE 7 MESES SUFRIÓ REFRACTURA DE RADIO Y CUBITO. EN LA ÚLTIMA CIRUGÍA SE PROCEDIÓ A RETIRO DE CLAVO INTRAMEDULAR PERO NO SE PUDO EN SU TOTALIDAD Y SOLO SE RETIRÓ PARCIALMENTE Y SE COLOCÓ NUEVO MATERIAL. ACTUALMENTE PACIENTE CON MOLESTIAS A LA ALTURA DEL CODO IZQUIERDO. PACIENTE AMERITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGÍA POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA. SE SUGIERE REALIZACIÓN DE RX CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SUGIERE REALIZAR RX CONTROL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO	S524		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-26	16:00	Medicina Rural	CRISTOPHER PAUL ALAVA MEZA	1311865529	

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 clínico

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