

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CEDEÑO           | VERA             | DARWIN MATIAS | 15                  | 05  | 1982 | 42 años, 7 meses, 25 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309312559        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | BOYACA y                     | 099-999-9999 /      |
| 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                 | 1309312559      | BOYACA                   | 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  | 01  | 09  |
| 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 QUE ACUDE A CONSULTA REFIERE QUE HACE MAS O MENOS 1 AÑO PRESENTA DOLOR EN ZONA DE CADERA EN GLÚTEO Y TODO EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO POR LO CUAL ASISTIÓ A MEDICO PARTICULAR Y NO PRESENTO MEJORÍA EN ESTE MOMENTO REFIERE QUE EL DOLOR A DISMINUIDO PERO PRESENTA DISMINUCIÓN DE LA FUERZA EN ESE MIEMBRO Y CUANDO PONE DE APOYO EL MISMO SE CAE POR LO QUE NECESITA VALORACIÓN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO | 5809   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD              | NOMBRE DEL PROFESIONAL              | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-09 | 14:26 | Medicina General Integral | GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES | CU-13-5730 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-09 | 14:26 | Medicina General Integral | GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES | CU-13-5730 |       |

