

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTILLO	BRAVO	EDITH ROSARIO	14	08	1983	42 años, 3 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309637344	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SN y	098-950-7125 /
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	1309637344	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Fisiatría	2025	12	04	
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

USUARIA QUE ACUDE POR REFERIR QUE EN EL AÑO 2020 SUFRE CAÍDA DE APROXIMADAMENTE 5 METROS CON POSTERIOR FRACTURA DE FÉMUR IZQUIERDO, ES INTERNADA EN HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA PARA CIRUGIA (COLOCACIÓN DE PLACA Y TORNILLO), EN LO POSTERIOR INICIA TERAPIAS FÍSICAS SIN EMBARGO REFIERE QUE LAS MISMAS NO PUDIERON CONTINUAR POR PRESENTAR DOLOR DE GRAN INTENSIDAD, AL CABO DE 2 AÑOS ES EVALUADA NUEVAMENTE POR TRAUMATOLOGÍA Y SE DECIDE RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA) NUEVAMENTE ES ENVIADA A REALIZAR TERAPIAS FÍSICAS SIN EMBARGO DOLOR PERSISTE, ACTUALMENTE REQUIERE DE NUEVA EVALUACIÓN DE FISIATRÍA PARA DECIDIR TERAPÉUTICA, PERSISTE DOLOR DE CADERA AFECTADA ADEMÁS DE EVIDENCIAR ALTERACIÓN DE ÁNGULOS DE MOVIMIENTOS DE CADERA, ACORTAMIENTO DEL MIEMBRO Y ATROFIA - SE HARÁ REFERENCIA A FISIATRÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACORTAMIENTO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, ATROFIA DEL MISMO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA PERTROCANTERIANA	S721		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-04	09:12	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ Validar únicamente con Firmadot

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
2025-12-04	09:12	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

