

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	BASURTO	MAYIYI BERTALINA	02	09	1982	42 años, 3 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310209984	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	AGUSTIN GILER y	999-999-9999 /
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	1310209984	ELOY ALFARO	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	2024	12	31	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

USUARIA DE 41 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE VITIGIO, AGO G4P4 HV4, QUIEN ACUDE POR REFERIR DESDE HACE APROXIMADAMENTE 6 MESES Y LUEGO DE PRESENTAR TRAUMA EN PARTE MEDIAL DE BRAZO IZQUEIRDO, PRESENTA DOLOR LOCALIZADO EN LA MISMA ZONA, DE INTENSIDAD 8/10 EN ENV SOSTENIDO, IRRADIADO A ZONA CERVICAL IPSILATERAL, MOTIVO POR LO QUE HA ACUDIDO A SERVICIO MÉDICO EN DONDE RECIBIÓ FARMACOTERAPIA A BASE DE DICLOFENACO Y PREDNISONA , TRAMADOL CON PROBRE RESPUESTA, ACUDE CON ESTUDIO RADIOGRÁFICO DE BRAZO IZQUIERDO, AL MOMENTO CON CLÍNICA PERSISTENTE. SIGNOS VITALESN TA: 112/76 MMHG, FC: 76 LPM, FR 17 RPM, T 36.7, SAT 98% , EXAMEN FÍSICO COLUMNA CERVICAL Y MM.SS TONO Y FUERZA CONSERVADOS, RX AP Y LATERAL DE BRAZO IZQUIERDO NO SE EVIDENCIA ALTERACIÓN. SE REFIERE A SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEdia PARA ABORDAJE Y MANEJO INTEGRAL
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMOS NO ESPECIFICADOS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	S499	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-31	09:30	Medicina Rural	KEYLA NATHALY PINCAY PONCE	1316824810	

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
2024-12-31	09:30	Medicina Rural	KEYLA NATHALY PINCAY PONCE	1316824810	

