

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	BASURTO	MAYIYI BERTALINA	02	09	1982	42 años, 5 meses, 17 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	Conveccional/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		2025	02	19
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 FEMENINA DE 42 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE VITIGIO, QUIEN ACUDE POR REFERIR DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO DE 8 MESES DE EVOLUCION, TIENE RX DE BRAZO DONDE SE EVIDENCIA TRAUMA EN PARTE MEDIAL DE BRAZO IZQUIERDO, PESE AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON PREDNISONA, TRAMADOL Y DICLOFENACO, PACIENTE NO PRESENTA MEJORIA, SE REALIZA RX DE BRAZO DONDE SE EVIDENCIA LESION, SE REALIZA REFERENCIA CON TRAUMATOLOGIA PARA MEJOR MANEJO DE LA PACIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE BRAZO: SE EVIDENCIA LESION OSEA

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
2025-02-19	14:14	Medicina Rural	DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO	1310838980	

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
2025-02-19	14:14	Medicina Rural	DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO	1310838980	