

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BUMBILA	VITE	RAMONA GRACIELA	25	10	1972	53 años, 7 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310286859	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO RIO DE ORO y	099-381-8183 /
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	1310286859	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		2026	06	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 SOLA, REFIERE QUE HACE VARIOS AÑOS Y POSTERIOR A CAIDA DE SUS PROPIOS PIES PRESENTO FRACTURA EXPUESTA DE TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO DERECHO ES LLEVADA A HOSPITAL DE LA LOCALIDAD DONDE VIVIA (MACHALA) DONDE PERMANECE 16 DÍAS HOSPITALIZADA PARA LUEGO ES REFERIDA A HOSPITAL DE PASAJE DONDE FINALMENTE ES INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE, NUEVAMENTE ES CONTRA REFERIDA A HOSPITAL DE MACHALA DONDE PERMANECE 2 MESES EN SAL DE HOSPITALIZACIÓN, EMPIEZA A REALIZAR TERAPIAS FISICAS SIN APARENTE MEJORIA YA QUE SEGUN MENCIONA NO PUEDE REALIZAR EL AGARRE O PRENSIÓN CON MANO DERECHA, AL EXAMENE FISICO SE EVIDENCIA CICATRIZ QUIRURGICA EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO DERECHO CARA DORSAL, DIFICULTAD DE MOVIMIENTOS DE ARTICULACIÓN DE MUÑECA Y DE DEDOS DE ESTA MANO, TRAE ANEXO 2 EMITIDO POR TRAUMATOLOGO DE HOSPITAL DR NAPOLEON DAVILA CORDOVA , SE EXPLICA QUE DEBERA SER EVALUADA POR FISIATRÍA PARA OBTENER UNA VALORACIÓN FUNCIONAL DE ESTA ZONA DE LA EXTREMIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX REALIZADA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA C.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE FRACTURA DEL BRAZO	T921		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-04	09:30	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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
2026-06-04	09:30	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

