

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CUSME	MARIUXI JAZMINA	09	09	1984	40 años, 2 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310303753	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SBN y	093-917-0019 /
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	1310303753	SANTA RITA	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	03
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

PACIENTE FEMENINA DE 40 AÑOS DE EDAD. FUM: 01/12/24. G5P3A2. APP: NIEGA. APF: NIEGA. ALERGIA: NIEGA. APQX: CIRUGIA TRAUMATOLOGICA EN FEMUR Y MUÑECA IZQUIERDA POR ACCIDENTE DE TRANSITO. EL ACCIDENTE DE TRANSITO OCURRIO HACE 9 MESES. LLEVA LAS TERAPIAS FISICAS EN ESTABLECIMIENTO ROTARY. PREVIOS ESTUDIOS EN CENTRO DE SALUD TIPO C. ACUDE EL DIA DE HOY POR SOLICITUD DE REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA + ESTUDIOS DE IMAGENES DE CONTROL. MENCIONA QUE CORRESPONDE EL RETIRO DEL PLATINO DENTRO DE 3 MESES. AL INTERROGATORIO MENCIONA DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO QUE INTENTA CONTROLAR CON DOLONEUROBION. MENCIONA ADEMAS DIFICULTAD EN PROGRESO DURANTE SESIONES DE REHABILITACION SECUNDARIO AL DOLOR. EL RESTO DEL INTERROGATORIO SIN NOVEDAD. PACIENTE MENCIONA DESEO DE DESPARASITACION PROFILACTICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARA SU VALORACION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS	S898	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-03	10:02	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2024-12-03	10:02	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

