

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	LUCAS	ALEXI MONSERRATE	04	11	1981	42 años, 10 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310430200	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	099-084-1958 /
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	1310430200	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	09	16
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 DE 42 AÑOS DE EDAD, NO REFIERE APP, APQ: CESAREA #1 + SPB. AGO: G3, P2, C1, A0. ALERGIAS: NO. ACUDE A CONSULTA POR CONTROL Y REVISION DE ESTUDIOS SOLICITADOS EN CONSULTA ANTERIOR POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLOR Y LIMITADA FUNCIONALIDAD DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO. REFIERE ANTECEDENTE DE CAIDA A LOS 12 AÑOS DE EDAD DONDE RECIBIO MANEJO POR EMPIRICO (SOBADOR). HACE 8 AÑOS FUE ATENDIDA EN IESS POR EL MISMO CUADRO PERO NO SIGUIO EL PROCESO DE REFERENCIA/DERIVACION. EN RX SE EVIDENCIA PSEUDOARTROSIS DE ACETABULO Y CABEZA DE FEMUR DERECHO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE CADERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FALTA DE CONSOLIDACION DE FRACTURA [SEUDOARTROSIS]	M841		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-16	15:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2024-09-16	15:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	