

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	VELEZ	JOSE VICTOR	01	02	1983	41 años, 8 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310439243	MANABI	CHONE	RICAURTE	JIPIJAPA VIA A LA UNION y LA NARANJITA VIA A LA UNION	099-704-6022 /
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	1310439243	RICAURTE	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	10	07	
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

ADULTO MEDIO CON ANTECEDENTE DE CAIDA DE MULAR HACE 7 AÑOS Y ACCIDENTE DE MOTO HACE 5 MESES CON CAIDA LATERAL IZQUIERDA LO CUAL INDICA LE PROVOCO TRAUMATISMO A NIVEL DE ARTICULACION COXOFEMORAL Y RODILLA IZQUIERDA, SIN EMBARGO ACUDE A SOBADOR QUIEN LE INDICA INMOVILIZACION LA CUAL LA REALIZO POR APROXIMADAMENTE 3 MESES SIN MEJORIA DEL CUADRO CLINICO. AL MOMENTO INDICA DOLOR DE GRAN INTENSIDAD A NIVEL DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO EVA 9/10 EL CUAL LIMITA LA BIPEDESTACION Y LA DEAMBULACION ADEMÁS DE LA REALIZACION DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. AL EXAMEN FISICO PRESENTA LIMITACION DE MOVIMIENTO E NIVEL DE ARTICULACION COXOFEMORAL Y PRODUCE MUCHO DOLOR AL MOMENTO DE LA EVALUACION. ANIVEL DE RODILLA PRESENTA DIFICULTAD PARA LA FLEXION EXTENSION DE LA ARTICULACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONTUSION DE LA CADERA	S700		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-07	09:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2024-10-07	09:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

