

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	DEL VALLE	MARIA ROXANA	01	06	1991	34 años, 9 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	1311142614	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	SN y	000-000-0000 /
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	1311142614	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	03	18
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 3 AÑOS DE EDAD QUE ESTA CON EMBARAZO DE 18.45G YA RECIBIO SU TURNO DE CONTROL DE EMBARAZO EL 13/03/2026 RECIBIO TODO SU CONTROL MEDICACION Y PRESTACION DE SERVICIO CORRESPONDIENTE PARA SU CITA, POR LO QUE LLEGA A ESTE TURNO PARA REFERENCIA DE TRAUMATOLOGIA POR DISCAPACIDA FISICA QUE DIFICULTA LA MARCHA, CON DERERCHA CON MAYOR 10CMN EN PIERNA IZQUIERDA CON LESIONES DE FRACTURAS CON SECUELAS EN SU MARCHA POR LO QUE PACIENTE VA A ESPECIALIDAD PARA VALORACION TRAUMATOLOGICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX CONCILACION DE FRACTURA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR	T932		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-18	15:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	

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
2026-03-18	15:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	