

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	ORELLANA	MARCOS TULIO	20	10	1972	53 años, 9 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311604159	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SN y	099-987-4428 /
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	1311604159	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	07	22
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 MASCULINO DE 53 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR, EDEMA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL EN PIE DERECHO DE 4 DIAS DE EVOLUCIÓN POSTERIOR A CONTUCIÓN DIRECTA POR GOLPE CON UNA ESTACA EN SU DOMICILIO EL DIA 17 DE JULIO DEL 2026, AL EXAMEN FISICO PRESENTA DOLOR A LA PALPACIÓN SOBRE LA REGIÓN DEL SEGUNDO METATARSIANO DERECHO ASOCIADO A EDEMA LOCAL Y DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADOS DE RADIOGRAFÍA: PIE DERECHO SE OBSERVA FRACTURA EN EL SEGUNDO METATARSIANO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO	S923		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	13:56	Medicina Interna	JUAN FRANCISCO CEDEÑO FLORES	1006-03-441496	

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
2026-07-22	13:56	Medicina Interna	JUAN FRANCISCO CEDEÑO FLORES	1006-03-441496	

