

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	SAAVEDRA	JUAN CARLOS	23	06	1985	39 años, 3 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312116658	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	999-999-9999 /
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	1312116658	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2024	10	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 39 AÑOS DE EDAD, APP: FX DE DIAFISIS DE FEMUR DERECHO CON POSTERIOR REDUCCION Y OSTEOSINTESIS CON COLOCACION DE CLAVO ENDOMEDULAR. REFIERE QUE HACE 4 MESES PRESENTO INFECCION EN SITIO DE COLOCACION DE CLAVOS PROTESICOS CON POSTERIOR RESOLUCION A USO DE ATB. REFIERE QUE PRESENTA DOLOR A NIVEL DE ARTICULACION DE RODILLA Y DIFICULTAD PARA LA MOVILIZACION, NO HA REALIZADO TERAPIA. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO. NO OTRA SINTOMATOLOGIA. CEL: 0998091717.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DIFICULTAD PARA LA MOVILIZACION DE RODILLA DERECHA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE FRACTURA DEL FEMUR	T931		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-18	11:25	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	

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
2024-10-18	11:25	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	