

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PISCO	MONTES	GABRIEL MIGUEL	26	02	1991	35 años, 4 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312358946	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SAN JOSE DE LAS PEÑAS y	099-156-2375 /
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	1312358946	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG	2026	06	30
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

Paciente masculino de 35 años acude acompañada de su esposa Refiere abstinencia de alcohol, cocaína y cannabis (marihuana), indica que regresaron a Rocafuerte a vivir sin embargo se mudaron de sector debido que consideran factor de riesgo de consumo... Actualmente acude solicitando referencia a Traumatología para re-evaluar retiro de Clavo intramedular de osteosintesis pos Fractura de femur 2010... por ello se indica Rx. y dereferencia a II nivel.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE OBSERVA CLAVO INTRAMEDULAR A LO LARGO DEL EJE LONGITUDINAL DEL FEMUR EN TODA U EXTENSIÓN COMPATIBLE CON LAS MOLESTIAS QUE REFIERE EN LA RODILLA...

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	15:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-06-30	15:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

