

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	SALTOS	JORGE LUIS	30	01	1988	38 años, 0 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312767732	MANABI	CHONE	RICAUARTE	CALLE MERCEDES y	096-907-8461 /
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	1312767732	RICAUARTE	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		2026	02	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 MASCULINO DE 38 AÑOS, SIN PATOLOGÍAS DE BASE, ACUDE POR DOLOR CONSTANTE EN MIEMBRO INFERIOR AFECTADO TRAS FRACTURA DE PERONÉ HACE 7 MESES, MANEJADA QUIRÚRGICAMENTE. REFIERE AUSENCIA DE SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO Y NO RECIBIÓ REHABILITACIÓN NI TERAPIA FÍSICA. ACTUALMENTE, PRESENTA DOLOR PERSISTENTE QUE OCASIONA DIFICULTAD OCASIONAL PARA LA MOVILIZACIÓN Y, OCASIONALMENTE, EDEMA EN EL PIE IPSILATERAL. DADO EL ANTECEDENTE QUIRÚRGICO Y CLÍNICO SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA DEFINIR ESTADO DE CONSOLIDACIÓN ÓSEA, DESCARTAR CAUSAS VASCULARES DEL EDEMA Y DETERMINAR NECESIDAD DE REHABILITACIÓN ESPECIALIZADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FÍSICO: PIE DERECHO CON LA PRESENCIA DE LEVE SECRECIÓN SANGUINOSEROSA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE	S824		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-18	14:19	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-02-18	14:19	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	