

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	VALDEZ	ANTONY FRANCISCO	15	02	1995	29 años, 10 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313403493	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	098-839-0468 /
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	1313403493	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2024	12	24	
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 CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE EN MOTOCICLETA HACE 3 AÑOS CON POSTERIOR FRACTURA DE ASTRAGALO APQ ARTROSIS POSTRAUMATICA DE TOBILLO DERECHO PRESENCIA DE BOTA DE WALKER CON DOLOR AL DEAMBULAR EN TOBILLO DERECHO AL MOMENTO, SITUACION QUE LE IMPIDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS RUTINARIAS Y LABORALES, POR LO QUE SOLICITA REALIZAR TRAMITE PARA ACCEDER A CALIFICACION DE DISCAPACIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ANEXA RX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL ASTRAGALO	S921		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-24	09:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2024-12-24	09:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

