

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	ROMAN	JOSE LUIS	16	03	1998	27 años, 4 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313494559	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LAS PIEDRAS y	099-806-4126 /
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	1313494559	ELOY ALFARO	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		2025	08	01
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 27 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE RELEVANCIA. ALERGIAS: NO REFIERE.ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 2 MESES DE EVOLUCIÓN, POSTERIOR A TRAUMATISMO POR CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA MIENTRAS JUGABA FÚTBOL (INDOOR). REFIERE QUE TRAS EL EVENTO ACUDIÓ A TRATAMIENTO EMPÍRICO CON SOBADOR, SIN MEJORÍA SIGNIFICATIVA. MANIFIESTA QUE HA PRESENTADO DOLOR PERSISTENTE EN BRAZO DERECHO, ACOMPAÑADO OCASIONALMENTE DE CAMBIOS DE COLORACIÓN VIOLÁCEA EN LA PALMA DE LA MANO. PORTA RADIOGRAFÍA DE BRAZO DERECHO EN SU TELEFONO, REALIZADA EL 21/07/2025, DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA A NIVEL DE LA EPÍFISIS DISTAL DE CUBITO. SE SOLICITA VALORACION CON ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFÍA DE BRAZO DERECHO EN SU TELEFONO, REALIZADA EL 21/07/2025, DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA A NIVEL DE LA EPÍFISIS DISTAL DE CUBITO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO	S528		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-01	15:35	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-08-01	15:35	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

