

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAZURTO	LOOR	SAMMY ANDRE	21	06	2007	17 años, 8 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313774299	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y CALLE LA PAZ	0991780936 / 052360592
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	1313774299	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2025	02	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 QUE ACUDE POR REFERIR TORSIO FORZADA DE ARTICULACION DE TOBILLO IZQUIERDO, PRODUCTO DEL CUAL SUFRE ESGUINCE GRADO 3, MAS FRACTURA NO DESPLAZADA DE PERONE, FUE VALORADO POR TRAUMATOLOGIA, QUIEN INDICA INMOVILIZACION CON FERULA POSTERIOR POR 20 DIAS MAS ANALGESIA ORAL Y HIELO LOCAL, COMO CONSECUENCIA HAY RIGIDEZ ARTICULAR MAS LEVE DISMINUSION DE MASA MUSCULAR, SE SOLICITA VALORACION POR TERAPIA FISICA, SE SUGUIERE ESQUEMAS DE TERAPIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: RADIORAFIA POSTFERULA: AREA DE ARTICULACION RACTURA EN CONSOLIDACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE LUXACION, TORCEDURA Y ESGUINCE DE MIEMBRO INFERIOR	T933		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-24	15:15	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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