

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AIZPRUA	FIGUEROA	LORGIA IRINA	03	07	1991	33 años, 7 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313864082	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL VERGEL y	099-964-5880 / (99)-999-9999
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	1313864082	SANTA MARTHA	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	02	21
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 FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD APP: NR, APQ: FIJACIÓN DE FÉMUR DERECHA (2 AÑOS). PACIENTE TUVO UN ACCIDENTE HACE 2 AÑOS DONDE PRESENTÓ FRACTURA DE FÉMUR DERECHO, INTERVENIDA QUIRÚRGICAMENTE CON FIJADORES. DESPUÉS DE SU CIRUGÍA PRESENTÓ CAÍDA A LOS 10 DÍAS QUE CAUSÓ LESIÓN EN ZONA QUIRURGICA. HACE 5 MESES PRESENTÓ UNA SEGUNDA CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA QUE LE CAUSA DOLOR. PRESENTA DISCAPACIDAD PARA CAMINAR (USO DE APOYO CON MULETAS DESDE SU INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA). ACUDE CON RX DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA DE FEMUR POST QUIRURGICO CON CAYO OSEA INSUFICIENTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA DE FEMUR POST QUIRURGICO CON CAYO OSEA INSUFICIENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURAS DE OTRAS PARTES DEL FEMUR	S728		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-21	14:22	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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