

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	HERRERA	JONATHAN JAVIER	27	06	1995	29 años, 8 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313894436	MANABI	CHONE	SANTA RITA	RAIDISTAS y	099-122-5881 / (99)-999-9999
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	1313894436	SANTA RITA	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	03	09
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 29 A, AP: NR, AQX: EXTRACCION DE BALAS A NVEL TORACICO Y CERVICAL, AF: MADRE Y PADRE HTA, ACUDE A CITA MEDICA POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE MODERADA-SEVERA INTESIDAD A NIVEL DE BRAZO DERECHO EL CUAL SE EXTIENE HASTA CUELLO Y TORAX, DOLOR INTERRUPE ACTIVIDADES DIARIAS, OCASIONADO POR MULTIPLES IMPACTO DE BALA EN BRAZO Y TORAX.PACIENTE REFIERE QUE MEDICO LE INFORMO QUE IMPACTO DE BALA PRODUJO DAÑO A NIVEL DE PLEXO BRAQUIAL. ADEMAS MENCIONA HABER SUFRIDO TRAUMA PULMONAR POR HERIDA DE BALA Y A LA INSPIRACION PROFUNDA PRESENTA DOLOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ACUDE SIN EXAMENES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	S498		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-09	06:43	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-03-09	06:43	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	