

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVERA	ZAMBRANO	RAUL DARIO	23	06	2005	20 años, 2 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	1314186824	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	099-841-4466 /
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	1314186824	INES MORENO	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	2025	08	26	
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

APP: FRACTURA Y PERONE HACE 2 AÑOS APLICACION DE CLAVOS INTRAMEDULAR . CUADRO CLINICO CARCATERIZADO POR DOLOR DE TIPO PUNZANTE LOCALIZADO EN ARTICULACION DE RODILLA DERECHA QUE SE IRRADIA A REGION DE PERONE DESDE HACE MAS O MENOS 6 MESES DE EVOLUCION EN EL CUAL EL DOLOR SE HA INTENSIFICADO DESDE HACE MAS O MENOS UN MES, DOLOR SE ACOMPAÑA CON IMPEDIMENTO PARA REALIZAR LA DEAMBULACION O ACTIVIDADES EXTENUANTES (CORRER, NATACIÓN, CICLISMO , BASQUET, GIMNASIO) ADEMAS LE IMPIDE MANTENERSE EN BIPEDESTACION. RADIOGRAFIA: 29/10/2023: SE EVIDENCIA REPARACION OSEA CON CLAVO INTRADERMICO, PERONE SE EVIDENCIA CON FRACTURA (ACTUALMENTE CON CAYOSIDAD OSEA. EXAMEN FISICO: MID: DOLOR A LA PALPACION EN REGION DE ART DE RODILLA Y REGION DISTAL DE PIERNA DERECHA (EXPOSICION DE CLAVOS INTRADERMICOS). SE SOLICITA ACTUALIZAR METODO DX RADIOGRAFIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA NO VIGENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COMPLICACION MECANICA DE OTROS DISPOSITIVOS PROTESICOS, IMPLANTES E INJERTOS ORTOPEDICOS INTERNOS	T844		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-26	08:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-08-26	08:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

