

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BUENAVENTURA     | RODRIGUEZ        | CARLOS JHOSEP | 27                  | 07  | 2001 | 24 años, 3 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        | 1314421247        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | EL PUYO y EL PUYO            | 096-896-0872 /      |
| 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                 | 1314421247                               | FLAVIO ALFARO            |                  | CENTRO DE SALUD TIPO B                     | 13D07 / ZONA 4 |      |     |     |
|                     |                                          |                          |                  |                                            |                |      |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                  |                                            | Fecha          |      |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa | Traumatología - Brigada Médica externa ONG |                | 2025 | 11  | 12  |
| 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

☐

CONTROLES POR MEDICO ESPECIALISTA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 24 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE LA CUÁL REFIERE QUE PRESENTÓ MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTO DE FLAVIO A CHONE EN EL PUENTE DEL "BEJUCO", REFIERE QUE SE LE EXPLOTA LA LLANTA DELANTERA POSTERTIORMENTE PRESENTANDO PERDIDA DE LA ESTABILIDAD IMPACTANDO EN CLAVÍCULA, FUÉ OPERADO EN EL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA DEL CANTÓN CHONE, POR LO QUE ACUDE A SOLICITAR REFERENCIA PARA TRAUMATOLOGÍA PARA SUS CONTROLES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NN

5. Diagnóstico

| Diagnóstico              | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------|--------|-----|-----|
| FRACTURA DE LA CLAVICULA | S420   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-12 | 09:29 | Medicina Rural | ROMMEL STEVEN ZAMBRANO BARREIRO | 1316390481 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-12 | 09:29 | Medicina Rural | ROMMEL STEVEN ZAMBRANO BARREIRO | 1316390481 |       |

