

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ	MUÑOZ	BOLIVAR OCTAVIO	14	01	1993	32 años, 2 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314439389	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	BALZAR y	099-814-3176 /
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	1314439389	ELOY ALFARO	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	31
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 32 AÑOS DE EDAD , QUE SE HACE 7 AÑOS FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE POR UNA FRACTURA PACIENTE QUE SE HACE 7 AÑOS FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE POR UNA FRACTURA EN EL EXTREMO DISTAL DEL FÉMUR DERECHO LE COLOCARON CLAVOS FIJADORES LUEGO RETIRARON UNO Y HACE 1 AÑO EN EL OTRO LADO DE SU EXTREMIDAD SE LE HIZO UNA PEQUEÑA MASA QUE LUEGO SE FISTULÓ Y COMENZÓ A DRENAR UN LÍQUIDO ACEITOSO COLOR AMARILLO. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD CON ORDEN DE RECALIFICACIÓN PARA VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD REFIERE QUE FUE ENTREGADA EN PORTOVIEJO, PACIENTE CON SECUELAS POSTERIOR A FRACTURA EN EL EXTREMO DISTAL DEL FÉMUR DERECHO PRESENTA RIGIDEZ EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO. SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD TRAUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR	S723		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-31	15:39	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-03-31	15:39	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

