

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEZA	WITONG	JONATHAN FERNANDO	19	07	1999	26 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	1314705730	MANABI	CHONE	RICAU RTE	VIA QUITO y	096-758-4089 /
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	1314705730	PAVON	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	09	22
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 26 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD POR CUADRO DE 14 DIAS CARACTERIZADO POR DOLOR E INCAPACIDAD FUNCIONAL EN ANTEBRAZO IZQUIERDO POSTERIOR A FRACTURA TRTADA MEDIANTE OSTEOSINTESIS CON PLACA Y TORNILLOS, ACUDE PARA CONTROL RADIOGRAFICO, LA RADIOGRAFIA MUESTRA PLACA DE OSTEOSINTESIS Y TORNILLOS SIN SIGOS DE DESPLAZAMIENTO, SE SOLICITA REFERENCIA PARA TRAUMATOLOGIA PARA EVALUAR DOLOR PERSISTENTE Y VALORAR CONSOLIDACION OSEA Y EVOLUCIÓN DE CALLO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL ANTEBRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA	S529		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-22	14:36	Medicina Rural	JAVIER ALEJANDRO BUENAVENTURA LOOR	1313606327	

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
2025-09-22	14:36	Medicina Rural	JAVIER ALEJANDRO BUENAVENTURA LOOR	1313606327	