

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SACOTO	CAGUA	BRYAN ABEL	29	04	1997	28 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	1314774967	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA SAN CAYETANO y	096-739-8415 /
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	1314774967	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	07	16
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 28 AÑOS SIN PATOLOGIAS DE BASE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIN CARACTERIZADO POR DOLOR, EDEMA Y DIFICULTAD PARA MOVILIZARSE EN PIE IZQUIERDO POSTERIOR A ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO QUE TUVO HACE 2 SEMANAS. INDICA ADEMAS QUE TIENE DOLOR A NIVEL LUMBOSACRO DESDE HACE MAS DE 1 AÑO QUE TUVO TAMBIEN ACCIDENTE DE MOTO EN DICHA OCASION. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA SIGNOS INFLAMATORIOS EN EL PIE IZQUIERDO, EDEMA RUBOR, CALOR Y DIFICULTAD AL MOVIMIENTO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON EXAMENES DE LABORATORIOS
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL PIE, NO ESPECIFICADA	S929	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO		FIRMA electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC
2025-07-16	12:22	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434		

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
2025-07-16	12:22	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	