

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DEL BALLE	PAZMIÑO	MARIA ALEJANDRA	24	02	1991	34 años, 5 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315093805	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE VIRGEN DE MONSERRATE y	098-662-9625 /
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	1315093805	SANTA RITA	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	08	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 FEMENINO DE 34 A, AP: NR, AQX: OSTEOSINTESIS PIERNA DERECHA (FX TIBIA), 2 CESAREAS, COLECISTECTOMIA, AF: NR, ACUDE A CITA MEDICA POR DESEO DE REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA, YA QUE HACE 10 AÑOS SUFRIÓ X DE TIBIA DERECHA DONDE PRESENTA UNA MALA CONMSOLIDACION MOTIVO POR EL CUAL HACE 5 MESES DEBIDO A DOLOR. SE LE PRACTICO UNA REDUCCION ABIERTA + FIJACION INTERNA (CLAVO MEDULAR). AL MOMENTO PACIENTE MENCIONA DOLOR INTENSO A NIVEL DE TIBIA DERCHA, EL CUAL IMPIDE DEAMBULACION, POR LO CUAL DIARIAMENTE TOMA AINES PARA MANEJO DE DOLOR, A SU VEZ PRESENTA ANSIEDAD DEBIDO A DOLOR CRONICO Y LA INCAPACIDAD RELACIONADA. REFIERE QUE POSTETIOR A PROCEDIMIENTO NO RECIBIO CONTROLES POSTERIORES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TRAE LABS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFECTO POR REDUCCION LONGITUDINAL DE LA TIBIA	Q 725		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-22	14:55	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-08-22	14:55	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

