

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REYES	MERO	ANDRES EDUARDO	29	11	1998	27 años, 2 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315120574	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	MONTAÑITA y	097-889-9413 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular
							0990731044

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐**1. Datos Institucionales**

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area		
MSP	1315120574	HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA		HOSPITAL BASICO	13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	02 25
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 27 AÑOS DE EDAD CON APP DE SALUD ANTERIOR QUE NOS REFIERE QUE HACE MAS MENOS 1 MES SUFRE CAIDA DE MOTO LA CUAL PRESENTA DOLOR A NIVEL DEL HOMBRO IZQUIERDO LA CUAL SE OBSERVA DEFORMIDAD DOLOR A LA PALPACION CON LIMITACION FUNCIONAL SE REALIZA RADIOGRAFIA LA CUAL SE OBSERVA FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA POR LO QUE AMERITA VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX FRACTURA DE CLAVICULA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-25	09:33	Medicina Interna	VICTOR ADRIAN CEDEÑO BRAVO	1302656473	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	------------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contrarefiere o Referencia inversa a:

Fecha

Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes	año
---------------------	--------------------------	------	---------------	-----	-----	-----

2. Resumen del cuadro clínico

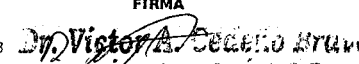
3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

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
2026-02-25	09:33	Medicina Interna	VICTOR ADRIAN CEDEÑO BRAVO	1302656473	 Dr. Victor A. Cedeno Bravo MÉDICO CLÍNICO REG. PROF. M.S.P. CRO: VI FOLIO: 1002 N° 3084