

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEDRANDA	BRAVO	JORDEY JAREN	21	10	2005	20 años, 1 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315136398	MANABI	CHONE	RICAUARTE	LILA MANCILLA y	098-038-3570 /
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	1315136398	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2025	11	26
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 20 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS RELEVANTES, QUIEN REFIERE HABER SUFRIDO ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO HACE UN MES, POR LO QUE ACUDIÓ A LA SALA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA, DONDE SE LE OFRECIÓ MANEJO QUIRÚRGICO; SIN EMBARGO, DECIDIÓ EGRESARSE DE MANERA VOLUNTARIA SIN RECIBIR INTERVENCIÓN. EL DÍA DE HOY ACUDE POR PRESENTAR DOLOR, EDEMA Y DEFORMIDAD A NIVEL DEL QUINTO METACARPIANO DE LA MANO IZQUIERDA, SUGERENTE DE POSIBLE FRACASO ÓSEO NO TRATADO O COMPLICACIÓN POSTRAUMÁTICA SECUNDARIA AL RECHAZO DEL MANEJO INICIAL. SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA DEFINIR PLAN TERAPÉUTICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX DE MANO: FRACTURA 5TO METATARSIANO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	S602		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-26	09:30	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2025-11-26	09:30	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	