

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARROYO	VILLA	THALIA MARICELA	03	10	2001	24 años, 8 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315139285	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	9 DE OCTUBRE Y EMILIO HIDALGO y	095-980-3881 /
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	1315139285	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Emergencia	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	06	17
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 QUE ACUDE POR REVISION DE ESTUDIO REDIOGRAFICO, POR DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD A NIVEL DE PATORRILLA DERECHA DEBIDO A CAIDA DE DESDE VEHICULO DE MOTOR DE 2 RUEDAS HACE 7 DIAS, PRESENTE EDEMAS, HEMATOMAS, ESCORICAION LOCAL EN FASE CICATRIZAL, DIFICULTAD A LA MOVILIDAD, ACTUALMENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL, CONCIENTE CONGRUENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE	S824		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	11:32	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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
2026-06-17	11:32	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	