

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PONCE	CHAVEZ	ANTHONY JAIR	26	04	2007	17 años, 9 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315371805	MANABI	CHONE	RICAURTE	CHONE y	091-801-1002 / (11)-111-1111
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1315371805	RICAURTE	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	01	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 17 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. APF: ABUELA MATERNA DM. APQX: NO REFIERE ALERGIAS: POLVO, LANA. PACIENTE ACUDE ACOMPAÑADO DE SU MADRE. PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA DOLOR LOCALIZADO EN PIERNA IZQUIERDA, APARICIÓN HACE 7 MESES APROXIMADAMENTE, INTENSIDAD: EVA 8/10, IRRADIACIÓN: NO REFIERE, ATENUANTE: NO REFIERE. AGRAVANTE: DEPORTE (FUTBOL). NO REFIERE SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES. ADEMÁS PACIENTE REFIERE SENTIR QUE PRESENTA MARCHA ANORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : DISMINUCION DE ESPACION INTERARTICULAR EN ARTICULACION COXOFEMORAL DERECHA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CADERA INESTABLE	Q656	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-29	08:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-01-29	08:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	