

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS	SALTOS	CRISTHIAN JOSE	01	10	2000	25 años, 2 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315516003	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	HORCONCITO y	098-290-6622 /
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	1315516003	SAN ANTONIO	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	12	10
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

☐

SECUELAS DE FRACTURA DE FEMUR

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. AA: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CNETRO DE SALUD SOLICITANDO REFERENCIA. AL INTERROGATORIO MENCIONA QUE HACE APROXIMADAMENTE HACE UN AÑO SUFRIO ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO EL CUAL LE OCASIONO FRACTURA DE FEMUR, TIBIA Y PERONE; RUPTURA DE LIGAMENTOS CRUZADOS, MOTIVO DE LA FRACTURA LE COLOCARON CLAVOS INTRAMEDULARES, ACTUALMENTE REFIERE EDEMA ESPONTANEO Y LEVE DOLOR, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA LEVE DEFORMIDAD OSEA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF: 0982906622

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE FRACTURA DEL FEMUR	T931		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-10	09:37	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-12-10	09:37	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

