

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TORRES	MACIAS	MARIO ANDRES	22	10	2003	22 años, 3 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	1315671592	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE MERCEDES y 096-371-4322 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1315671592	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	01	27
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

SE REALIZA CONTROL A PACIENTE QUIEN TIENE UNA LUXACION ACROMIOCLAVICULAR YA OPERADA HACE 10 DIAS , AL MOMENTO ESTA CON MOVILIDAD RES TRINGIDA PERO CONSERVADA, AMERITA SEGUIMIENTO TRAUMATOLOGIA PARA DEREIVACIN A FISITRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

YA OPERADO SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR	S431		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	10:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	 Firmado electrónicamente por: ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-27	10:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	