

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MOREIRA          | CUSME            | MARCIA JOSSELYN | 19                  | 06  | 1999 | 26 años, 4 meses, 9 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315933158        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CHONE y                      | 096-893-5340 /       |
| 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                 | 1315933158                               | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |                                    |  | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                                                      |                                    |  |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                                                      |                                    |  | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa                                     | Cirugía Ortopédica Y Traumatología |  | 2025           | 10  | 28  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio                                             | Especialidad                       |  | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR REFIERE QUE DESDE HACE ALGUNOS MESES TUVO UN ACCIDENTE CON IMPACTO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO - PRESENTANDO FRACTURA A NIVEL DE EPIFISIS INFERIOR DEL FEMUR - NO RECIBIO ATENCION ADECUADA- AL MOMENTO ESTA CON DEFORMIDAD EN LA RODILLA Y RIGIDEZ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RADIOLOGIA CONVENCIONAL : FRACTURA DE DIAFISIS INFERIOR DEL FEMUR IZQUIERDO- CONSOLIDACION VICIOSA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------|--------|-----|-----|
| FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL FEMUR | S724   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO | FIRMA                                                                                                                                                                                                      |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-10-28 | 12:00 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   | <br>Firmado electrónicamente por:<br><b>MARIO FABIAN CERCADO PLUAS</b><br><small>Validar únicamente con FirmaEC</small> |

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 clínico

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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2025-10-28 | 12:00 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |