

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CERCADO	RODRIGUEZ	MOISES ESTEBAN	05	06	2007	17 años, 9 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316144540	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	098-876-4017 /	
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	1316144540	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D05 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				Fecha
MSP	HOSPITAL GENERAL GUSTAVO DOMINGUEZ	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025 04 04
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

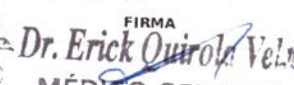
PACIENTE MASculino DE 17 AÑOS, ACUDE A CONSULTA REFIERE QUE HACE 1 AÑO Y MEDIO PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL CUAL SUFRE FRACTURA DE PERONE Y TOBILLO DERECHO REPARADO QUIRURGICAMENTE EN CLINICA EN PORTOVIEJO, SE ENTREGAN PAPELES PERO SE PIERDEN AL VOLVER A SU DOMICILIO, HACE 6 MESES PRESENTA DOLOR PROGRESIVO, AL CUAL NO SE AUTOMEDICA, LA MADRE DEL PACIENTE REFIERE QUE EN LAS INDICACIONES DE ALTA, SE MENCIONO QUE EN CASO DE APARICION DE DOLOR DEBE SER VALORADO POR TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA, RAZON POR LA CUAL SE REALIZA REFERENCIA PARA DICHO SERVICIO, ADEMAS EL PACIENTE NO TIENE LOS MEDIOS ECONOMICOS PARA REALIZAR RAYOS X DE MIEMBRO INFERIOR, RAZON POR LA CUAL, SE TRAMITA REFERENCIA PARA RADIOLOGIA PARA RX AP, LATERAL Y OBLICUA DE TIBIA-PERONÉ Y TOBILLO, LA CITA TENTATIVA DEL PACIENTE CON TRUMATOLOGIA ES EN 2 SEMANAS, AL EXAMEN FISICO, PULSOS FEMORALES, POPLITEOS, PEDIOS PRESENTES EN AMBAS EXTREMIDADES, DEFORMIDAD EN PIE DERECHO CON AUMENTO DEL VOLUMEN DE MALEOLOS INTERNO Y EXTERNO, QUE DIFICULTA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON RAYOS X

5. Diagnóstico

Diagnóstico				CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR				T932	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-04	14:33	Medicina Rural	ERICK ALEXANDER QUIROLA VELOZ	1032-2024-2915261	 Dr. Erick Quirola Veloz MÉDICO GENERAL 1032-2024-2915261

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia inversa a:						
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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
2025-04-04	14:33	Medicina Rural	ERICK ALEXANDER QUIROLA VELOZ	1032-2024-2915261	 Dr. Erick Quirola Veloz MÉDICO GENERAL 1032-2024-2915261