

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DOMINGUEZ	ZAMBRANO	STEVEN LEONARDO	09	01	2008	16 años, 9 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	1316195310	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA CANUTO y	096-921-0112 /
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	1316195310	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		2024	10	14
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

☐

DOLOR EN ZONA
QUIRURGICA

3. Resumen del cuadro clinico

MASCULINO DE 16 AÑOS, NO SE REFIEREN ANTECEDENTES CLINICOS, ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE REDUCCION Y OSTEOSINTESIS CON COLOCACION DE FIJADOR EN CLAVICULA IZQUIEDA HACE 1 AÑO. PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR INTENSO EN ZONA QUIRURGICA, SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD. NUMERO TELEFONICO 096921012 // 0989510447

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN ZONA QUIRURGICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COMPLICACION MECANICA DE DISPOSITIVO DE FIJACION INTERNA DE OTROS HUESOS	T842		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-14	08:48	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2024-10-14	08:48	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	