

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUENTES	GUERRERO	STEFANY IVETH	16	11	2009	15 años, 9 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316242948	MANABI	CHONE	CONVENTO	17 DE ABRIL y	099-846-1042 /
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	1316242948	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología		2025	09	04
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

ADOLESCENTE FEMENINA DE 15 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO A LA ALTURA DE LA CIRUGÍA (REDUCCIÓN DE CÚBITO EL 25/3/2025) LA CUAL SE LA REALIZÓ HACE 6 MESES. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA LIGERO EDEMA EN LA ZONA. DOLOR A LA MANIPULACIÓN. SE SUGIERE VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REDUCCIÓN DE CÚBITO EL 25/3/2025. SE SUGIERE REALIZACIÓN DE RX.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO	S526		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-04	11:45	Medicina Rural	CRISTOPHER PAUL ALAVA MEZA	1311865529	

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