

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VALDEZ           | LOPEZ            | WILSON LUCIANO | 16                  | 02  | 2007 | 19 años, 1 meses, 0 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1316246121        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | PIOJITO y                    | 098-655-5816 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón        | Parroquia     | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1316246121      | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                    |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía Ortopédica Y Traumatología |  | 2026  | 03  | 16  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                       |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO EN BRAZO DERECHO CON COLOCACIÓN DE CLAVOS INTRAMEDULARES EL 10 DE SEPTIEMBRE DE 2025 EN CLÍNICA TAMAYO EN QUININDÉ. ACTUALMENTE REFIERE DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE APROXIMADAMENTE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN POSTERIOR A ESFUERZO FÍSICO, LOCALIZADO EN BRAZO DERECHO, QUE SE INTENSIFICA CON LOS MOVIMIENTOS Y SE ACOMPAÑA DE LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA LA ELEVACIÓN DEL MIEMBRO, REFIRIENDO IMPOSIBILIDAD PARA LEVANTAR EL BRAZO COMPLETAMENTE. NIEGA NUEVO TRAUMATISMO, EDEMA MARCADO, ERITEMA, FIEBRE U OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. AL MOMENTO SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. SE SOLICITA VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA DEBIDO A ANTECEDENTE QUIRÚRGICO, POR LO QUE SE ENVÍA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|  |
|--|
|  |
|--|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------|--------|-----|-----|
| PRESENCIA DE IMPLANTE ORTOPEDICO ARTICULAR | Z966   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-16 | 12:22 | Medicina Rural | DENNIS RENATO ERAZO CHIGUANO | 1721390514 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-16 | 12:22 | Medicina Rural | DENNIS RENATO ERAZO CHIGUANO | 1721390514 |       |

