

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	GARCIA	KARLA NAYELY	16	07	2006	19 años, 10 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	1316537743	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA A CHONE CANUTO y	098-499-0160 / (97)-934-9737
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	1316537743	SANTA RITA	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		2026	06 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 FEMENINA DE 19 AÑOS 10 MES DE EDAD. APP: DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 47%, EPILEPSIA (ACIDO VALPROICO 500MG 8AM Y 8PM) APF: PADRE HTA Y DM AQX: REDUCCION ABIERTA DE CODO (2024) AA: NIEGA. PACIENTE CON ALIMENTACIÓN BALANCEADA. ACUDE ACOMPAÑADA DE LA MADRE A CONSULTA, AL MOMENTO REFIERE PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION EN DONDE PRESENTO INFECCION DE LA HERIDA QUIRUGICA 5 DIAS POSTCIRUGIA. ACUTALMENTE PACIENTE REFIERE PRESENTAR MOLESTIAS Y DOLOR EN SITIO DE LA HERIDA QUIRUGICA, PRESENTA EXPOSICION DE MANTERIAL DE OSTEOSINTESIS. PACIENTE NIEGA FIEBRE, SECRECION O ALGUNA OTRA SINTOMATOLGIA, NO HAY REDUCCION EN LA MOVILIDAD. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGO ACEPTABLE. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COMPLICACION MECANICA DE OTROS DISPOSITIVOS PROTESICOS, IMPLANTES E INJERTOS ORTOPEDICOS INTERNOS	T844	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-04	13:35	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-06-04	13:35	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

