

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AULESTIA	FALCONES	PERLA RAFAELLA	14	02	2013	13 años, 4 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317305728	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE FLORIDA y CALLE AYACUCHO	098-439-4219 /
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	1317305728	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	07	07
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 FEMENINO DE 13 AÑOS DE EDAD *** APP: ARRITMIA CARDIACA (REVISION ANUAL SIN NECESIDAD DE TTO) + ADENOIDES *** APF: PAPA (HTA + DM II) ABUELOS MATERNOS (DM II) ABUELO MATERNO (CA DE HIGADO) *** APQ: QUISTE EPILONOIDAL + AMIGDALECTOMIA (A LOS 8 AÑOS) ***AA: NR _____ ACUDE A ESTABLECIMIENTO JUNTO A SU MADRE CON FACIE ALGICA REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 7 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSO EN RODILLA DERECHA ACOMPAÑADO DE EDEMA +++ Y RUBOR. ADEMÁS REFIERE QUE NO TOLERABA A QUE LE TOCARAN LA ZONA. TODO ESTO POSTERIOR A CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA SOBRE ROTULA. MADRE REFIERE QUE ACUDE POR EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEON DONDE LE REALIZAN RX DE RODILLA DERECHA Y SE EVIDENCIA FRACTURA POR LO QUE ACUDE PARA SOLICITUD DE REFERENCIA *** AÑADE ADEMAS CUADRO ANTIGUO DE CAIDA EN EL MES DE DICIEMBRE (HACE 7 MESES) DESDE MURO DE +/- 1M Y MEDIO DE ALTURA DONDE PACIENTE PIERDE EL CNOCIMIENTO Y TUVO MALA POSICION DE EXTREMIDAD, EN ESE MOMENTO COMENZO CON DOLOR PERO NO SE REALIZO NINGUNA RX. NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : IRREGULARIDAD CON APARENTE PÉRDIDA DE CONTINUIDAD DE LA CORTICAL DE LA TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR COMPATIBLE CON FRACTURA POR AVULSIÓN MÍNIMAMENTE DESPLAZADA DE LA TUBEROSIDAD TIBIAL ALINEACIÓN FEMOROTIBIAL Y FEMOROPATELAR CONSERVADAS NO SE IDENTIFICAN SIGNOS DE LUXACIÓN. SE RECOMIENDA COMPLETAR EL ESTUDIO CON RADIOGRAFÍAS EN PROYECCIONES AP Y LATERAL ESTRICTA Y CONSIDERAR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA SI PERSISTE LA SOSPECHA DE FRACTURA O EXISTE DUDA DIAGNÓSTICA. ***** DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS INSERTADIS EN TIBIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA	S821	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	07:54	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-07-07	07:54	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	