

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	CHILA	JACKSON ISMAEL	30	12	2009	16 años, 2 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317821088	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	HORCONCITO y	095-996-1262 /
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	1317821088	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	03	09
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	☐	REHABILITACION FISICA POST ACCIDENTE	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 16 AÑOS, ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR SOLICITUD DE REFERENCIA POSTERIOR A TRAUMATISMO MULTIPLE Y FRACTURA DE FEMUR HACE UN MES, PACIENTE CURSA UN MES DE TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FRACTURA DE DIAFISIS FEMORAL SIN FIJACION EXTERNA CON INSERCIÓN DE IMPLANTE INTRAMEDULAR, SE INDICAN POSTERIOR A TRATAMIENTO QUIRURGICO, TERAPIA FISICA POST PROCEDIMIENTO PARA REHABILITACION FISICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEF 0959961262

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL CUELLO DE FEMUR	S720		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-09	10:56	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-03-09	10:56	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

