

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MERA	LUIS MIGUEL	02	06	2010	14 años, 9 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350000921	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO y	099-999-9999 /
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	1350000921	ELOY ALFARO	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		2025	03	12
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 MASCULINO DE 14 AÑOS DE EDAD Y 9 MESES , ALERGIAS NO REFIERE, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE 1 AÑO Y 6 MESES CARACTERIZADO POR DEFORMIDAD A NIVEL DE ANTEBRAZO DERECHO POSTERIOR A CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA, PACIENTE REFIERE INTENTABA ALCANZAR UNA GUABA DE BEJUCO. ACUDE AL SOBADOR POSTERIOR A LA CAÍDA PERO REFIERE QUE NO LE PUDIERON CORREGIR LA DEFORMIDAD DEL ANTEBRAZO Y DESDE ESE MOMENTO MANIFIESTA DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD QUE SE INTENSIFICA EN LA NOCHE. REFIERE NO ACUDIR A CENTRO DE SALUD POR MOTIVO QUE SE ENCONTRABA EN CLASES. ADEMAS REFIERE QUE LE COLOCARON UN YESO PERO SE LO RETIRÓ A LAS 24 HORAS POR DOLOR INTENSO Y INFLAMACION. TRAE RADIOGRAFÍA IMPRESA 10/03/25 : RX AP Y LATERAL DE ANTEBRAZO SE EVIDENCIA CONSOLIDACIÓN DEBIDO A FRACTURA RADIO-CUBITAL DISTAL , DESVIACIÓN EN BAYONETA . AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, REFIERE DOLOR A LA PALPACIÓN EN ANTEBRAZO DERECHO, SIN SIGNOS DE ALARMA. O:SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DEFORMIDAD A NIVEL DE MUÑECA DE ANTEBRAZO DERECHO,DESVIACIÓN EN BAYONETA .SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD TRAUMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX AP Y LATERAL DE ANTEBRAZO SE EVIDENCIA CONSOLIDACIÓN DEBIDO A FRACTURA RADIO-CUBITAL DISTAL , DESVIACIÓN EN BAYONETA . AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DEFORMIDAD A NIVEL DE MUÑECA DE ANTEBRAZO DERECHO, DESVIACIÓN EN BAYONETA .

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
2025-03-12	10:02	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-03-12	10:02	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	