

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CAGUA            | ORTIZ            | BRYAN DUVAL | 06                  | 02  | 2005 | 19 años, 11 meses, 11 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                               | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|-----------------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1350478317        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CALLE 14 DE AGOSTO y CALLE 14 DE AGOSTO | 098-163-0094 /       |
| 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                 | 1350478317      | 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 |  | 2025  | 01  | 17  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                       |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>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 DISCAPACIDAD: SI FISICA 44% ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: INSUFICIENCIA RENAL ESTADIO V EN DIALISIS L-MIE-VIE, ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CRONICO CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGION LUMBAR QUE SE IRRADIA HACIA PIERNA DEL LADO DERECHO. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE ANTECEDENTE DE CAIDA A LOS SEIS AÑOS DE EDAD DESDE UN ESCENARIO DE APROXIMADAMENTE 4 METROS DE ALTURA, PACIENTE SUFRE FRACTURA PRODUCTO DE LA CAIDA Y DEBIDO AL ACCIDENTE ES DIAGNOSTICADO CON INSUFICIENCIA RENAL. PACIENTE NO ES INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE POR CRITERIO DE PROFESIONALES DEBIDO A QUE NO PRESENTABA CLINICA NI IMAGENES QUE JUSTIFICARAN EL INGRESO AL QUIROFANO. AL MOMENTO PACIENTE PRESENTA DOLOR INTENSO ESCALA EVA 8/10, QUE SE EXACERBA A LA BIPEDESTACION Y LA CAMINATA. AL EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO SIN ADENOPATIAS, TORAX: CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS. NO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO PRESENTA TIRAJE INTERCOSTAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, GENITALES: NORMALES CONSERVADOS, EXTREMIDADES SUPERIORES SIMETRICAS E INFERIORES ASIMETRICAS, CAMINATA EN PUNTILLA DE PIERNA DERECHA DEBIDO A INESTABILIDAD POR PRESENTAR EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA CON MENOR LONGITUD EN COMPARACION CON EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE POR FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS NO PUEDE REALIZARSE RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR PERO DEBIDO A LA CLINICA SE NECESITA VALORACION POR TRAUMATOLOGIA POR SU CONDICION.

### 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS TRASTORNOS DE LA CONTINUIDAD DEL HUESO | M848   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-17 | 15:26 | Medicina Rural | MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO | 1316926771 |       |

## 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 clínico

### 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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-17 | 15:26 | Medicina Rural | MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO | 1316926771 |       |