

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ALCIVAR	ANDREA JOHANA	28	05	2002	22 años, 9 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350629000	MANABI	CHONE	RICAURTE	SITIO LA PROVIDENCIA y	099-434-1461 /
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	1350629000	RICAURTE	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	11
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 ACUDE A CENTRO DE SALUD POR LUMBAGO DE 24 HORAS DE EVOLUCION APF: NO REFIERE AA: NO REFIERE APP: NO REFIERE APQ: FRACTURA CLAVICULA. AL MOMENTO ACTIVA, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS. EXAMEN FISICO, CABEZA NORMOCEFALICA, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, EXTREMIDADES SIMETRICAS. SE LE REALIZA REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA. TLF: 0994341461/0993188164

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR INTENSO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA CLAVICULA	S420	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	14:25	Medicina Rural	MARIA PATRICIA BURGOS FARIAS	1312139205	

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
2025-03-11	14:25	Medicina Rural	MARIA PATRICIA BURGOS FARIAS	1312139205	