

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELIZ	BERMEO	MARCOS ALEXANDER	03	04	2007	17 años, 10 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350699631	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN FELIPE y	099-738-6676 /
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	1350699631	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	Fisiatría	2025	02	11
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADOLESCENTE MASCULINO DE 17 AÑOS, ACUDE CON SU MADRE QUIEN REFIERE ANTECEDENTES DE LUXACION CLAVICULAR DERECHA POSTERIOR A REALIZAR FUERZA DE +- 1 AÑO 3 MESES QUE CAUSA DORSALGIA. ACTUALMENTE REFIERE DOLOR E IMPOSIBILIDAD FUNCIONAL ACOMPAÑADO DE MAREOS Y DOLOR CERVICAL E INSOMNIO DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN LOS MISMOS SÍNTOMAS SEDEN A TERAPIAS (MASAJES). AL MOMENTO ESTABLE ORIENTADO AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA LUXACION AL MOVIMIENTO DE EXTENSION DEL BRAZO DERECHO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA LUXACION AL MOVIMIENTO DE EXTENSION DEL BRAZO DERECHO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUXACION DE LA ARTICULACION ESTERNOCLAVICULAR	S432		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-11	16:19	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	

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
2025-02-11	16:19	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	