

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BENAVIDES	PINO	KEYRA YISELTH	10	04	2013	12 años, 3 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350768154	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y SN	098-017-4874 / (99)-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	1350768154	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2025	07	30
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

F 12A. APP: DISC. FISICA (77%) E INTELECTUAL. APF: DM (ABUELA). APQX: CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, PALADAR ENDIDO Y DISPLASIA DE CADERA IZQ. AA: NR. BENEFICIARIA DE BONO: JGL. ACUDE CON SU MADRE POR LIMITADO RANGO DE MOVIMIENTO DE LA ARTICULACION HUMERO-CUBITAL / HUMERO-RADIAL. MENCIONA ANTECEDENTE DE TRAUMA (CAIDA DE APROX 1.5M). MADRE ACUDE A EMERGENCIAS DONDE ENTREGAN REFERENCIA INVERSA PARA SOLICITUD DE SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA. // ID: LUXACION DEL CODO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUXACION DEL CODO, NO ESPECIFICADA	S531		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-30	12:01	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-07-30	12:01	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	