

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	ZAMBRANO	DAVID LEONARDO	13	05	2013	12 años, 8 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350975585	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	099-129-4042 / (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	1350975585	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		2026	02	03
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 de 12 años acude a consulta con su mama, post reduccion abierta y fijacion radio hace 11 meses en el HNDC, dolor persistente y deformidad palpable compatible con probable consolidación viciosa, ademas paciente refiere dolor en esta zona del miembro superior izquierdo. Solicito valoración por Traumatología

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Paciente de 12 años acude a consulta con su mama, post reduccion abierta y fijacion radio hace 11 meses en el HNDC, dolor persistente y deformidad palpable compatible con probable consolidación viciosa, ademas paciente refiere dolor en esta zona del miembro superior izquierdo. Solicito valoración por Traumatología

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSOLIDACION DEFECTUOSA DE FRACTURA	M840		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-03	10:33	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-02-03	10:33	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	