

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	LOOR	KARELIN MICHEL	10	10	2013	11 años, 5 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351147432	MANABI	CHONE	CANUTO	MOCORAL DOS y X	096-412-0680 /
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	1351147432	CANUTO	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	19
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 DE 11 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA TRAUMATOLOGIA. LA PACIENTE TUVO CONTROL CON PEDIATRÍA EN JULIO DEL AÑO PASADO POR DEFORMIDAD EN CODO IZQUIERDO POSTERIOR A FRACTURA HACER 4 AÑOS POR CAÍDA DESDE SU MISMA ALTURA DONDE FUE VALORADA Y DERIVADA CON EL TRAUMATOLOGO DONDE IBA A SER INTERVENIDA DE MANERA QUIRURGICA EN DICIEMBRE. PERO POR INDICACIONES DEL ESPECIALISTA Y POR HALLAZGO EN ESTUDIO DE RX SE LE MANDO A CASA 5 MESES PARA CONSOLIDACIÓN DE FRACTURA SECUNDARIA E INDICO REGRESAR PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA CONTROL EN MES DE MARZO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX: FRACTURA A NIVEL DEL CODO IZQUIERDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD EN VARO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	M211		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-19	09:38	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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
2025-03-19	09:38	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	