

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	SALTOS	JHON BRANLY	18	05	2010	14 años, 4 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351308828	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE FLORIDA y	999-999-9999 /
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	1351308828	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		2024	10	16
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

PACIENTE MASCULINO DE 14 AÑOS DE EDAD CON APP: OSTEOPOROSIS JUVENIL DEL HUMERO ACUDE A CONSULTA POR DICHO PROBLEMA EL CUAL TUVO SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA EN LA NIÑEZ PERO NO LLEGO A UNA RESOLUCION POR QUE NO TUVO VALORACION POR TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA. PACIENTE ALERTA AFEBRIL Y DE BUEN ESTADO GENERAL AL EXAMEN FISICO SE PUEDE OBSERVA DISFORMIDAD EN HUMERO DERECHO. RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RADIOGRAFIA QUE MUESTRA EL CRECIMIENTO ANORMAL DEL HUMERO. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA MAL FORMACION EN EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OSTEOCONDROSIS JUVENIL DEL HUMERO	M920	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-16	08:49	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 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
2024-10-16	08:49	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	