

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MESA	RIVERA	YOEL FABRICIO	05	05	2001	25 años, 0 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351817125	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	UNIDOS VENCEREMOS y	096-304-8450 /
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	1351817125	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	05	27
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

USUARIO QUE ACUDE POR REFERIR QUE EN EL MES DE ENERO DEL PRESENTE AÑO SUFRE HÉRIDAS POR ARMAS DE FUEGO LOS MISMOS QUE IMPACTAN A NIVEL DE PANTORRILLA LADO IZQUIERDO Y ZONA GLUTEA LADO DERECHO , REFIERE HABER SIDO ATENDIDO EN SALA DE EMERGENCIA DE HOSPITAL PARA LUEGO SER INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE AL CABO DE 48 HORAS, SIN EMBARGO A PESAR DE TRATAMIENTO INSTAURADO NO LOGRA MOVILIDAD DE MIMEMBRO INFERIOR DERECHO, SEGUN REFIERE USUARIO POR HABER EXISTIDO LESIÓN A NIVEL DE COLUMNA VERTEBRAL POR LO QUE ES TRANSFERIDO A LA CIUDAD DE QUITO A PRESTADOR EXTERNO (CLINICA COTOCOLLAO) DONDE ES INTERVENIDO DE COLUMNA VERTEBRAL, REFIERE HABER REALIZADO TERAPIAS FISICAS EN 3 OCASIONES MÁS SIN EMBARGO SE LE ACONSEJO REALIZAR ESTUDIO DE RX PARA CONFIRMAR QUE HUESO ESTE CONSOLIDADO, TAMBIEN REFIERE DEBILIDAD DE FUEZA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO, BAJO ESTE CONTEXTO USUARIO REQUIERE DE NUEVA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA A FIN DE DETERMINAR ESTADO ACTUAL DE LESIONES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO POR AHORA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR	T932		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-27	07:47	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ

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
2026-05-27	07:47	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

