

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	KATTY LILIANA	03	08	2000	24 años, 11 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	1351936446	MANABI	CHONE	SANTA RITA	UNIDOS VENCEREMOS y	099-013-8111 /
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	1351936446	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		2025	07	23
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 24 AÑOS, APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, AQX: FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR, ALERGIAS: NO REFIERE. G1P1C0A0. METODO ANTICONCEPTIVO: NO UTILIZA. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR COMPLICACIONES DE LARGA DATA POST CIRUGIA POR FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR DEBIDO A ACCIDENTE DE TRANSITO, REFIERE QUE FUE IMPACTADA POR VEHICULO. REFIERE QUE TUVO CIRUGIA EL 30/10/24 EN CLINICA CENTENO MANTA. PACIENTE SE MANTIENE CON LIMITACION FUNCIONAL, DOLOR DE GRAN INTENSIDAD QUE NO CALMA CON MEDICAMENTOS POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA PARA SU SEGUIMIENTO. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR	S723		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-23	13:59	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-07-23	13:59	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

