

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COC	ROMERO	KERLY MILENA	13	12	2014	10 años, 7 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352424228	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CDLA 30 DE MARZO y	098-995-5164 /
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	1352424228	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	08	01
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 10 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, ACUDE CON MADRE PARA REVISIÓN DE EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS EL 29/07/2025 QUE REPORTA: LEUCOCITOS 0-2, PIOCITOS 1-2 // HEMATIES 2-3// CELULAS EPITEALIALES 2-3 // MUCUS Y FIBRAS HIALINAS ++ // BACTERIAS ESCASAS. ACUDE CON RX DE RODILLA DERECHA REALIZADA EL 03/07/2025 QUE REPORTA: FRACTURA MAL CONSOLIDADA DE LA EPIFISIS PROXIMAL DE LA TIBIA DERECHA, POSTERIOR A CAIDA DE SU PROPIA ALTURA HACIA MES Y MEDIO. REFIERE DOLOR A LA PALPACIÓN EN RODILLA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN EN RODILLA DERECHA, NIEGA DOLOR A LA FLEXION O EXTENSION, NIEGA DOLOR EL REPOSO. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FRACTURA MAL CONSOLIDADA DE LA EPIFISIS PROXIMAL DE LA TIBIA HACE UN MES. NUMERO: 0959145519 // 0988000530

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-01	14:28	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-08-01	14:28	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

