

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	CEDEÑO	BRYAN FABIAN	15	04	2017	8 años, 5 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352577637	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	BALZAR 1 y	098-538-6366 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1352577637	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	TRAUMATOLOGIA	2025	09	30
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 MASCULINO DE 8 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA ALERGIAS NO REFIERE. ES TRAIIDO POR SU PADRE A ESTA CASA DE SALUD PARA VALORACION DE RX DE ANTEBRAZO IZQUIERDO REALIZADA EL 29/09/2025 DONDE SE EVIDENCIA FX DISTAL DEL RADIO. FAMILIAR REFIERE ANTECEDENTE DE CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA APROXIMADAMENTE HACE 7 DIAS, MIENTRAS SE ENCONTRABA EN LA ESCUELA, SEGUN REFIERE EL FAMILIAR, OTRO NIÑO LO EMPUJÓ, POSTERIOR A ELLA PACIENTE PRESENTA MOVILIDAD LIMITADA POR EL DOLOR SIN SIGNOS DE COMPROMISO NERUIVOASCULAR DISTAL. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX EXTREMIDAD SUPERIOR IZQUIERDA 29/09/2025: SE EVIDENCIA FX DE A NIVEL DE EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO, SIN DESPLAZAMIENTO SIGNIFICATIVO DE FRAGMENTOS ÓSEOS, SIN SIGNOS DE AFECTACION ARTICULAR NI COMPROMISO EVIDENTE DE TEJIDOS BLANDOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO	S525		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	08:35	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	



Firmado electrónicamente por:
MARIA PIERINA MUNOZ
MACIAS
Validar únicamente con FirmaEC

III. CONTRAREFERENCIA
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
2025-09-30	08:35	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

