

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SOLORZANO	JORMAN JOSUA	12	12	2019	5 años, 1 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353285362	MANABI	CHONE	BOYACA	EL RECUERDO y SN	098-174-6034 /
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	1353285362	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría		2025	02	11
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 5 AÑOS DE EDAD, APP NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 30 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LIMITACION FUNCIONAL EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO Y TUMEFACCION EN ZONA DE CODO, PRODUCTO DE UNA CAIDA EN LA ESCUELA, NO PRESENCIA DE DEFORMIDAD OSEA, NO SIGNOS DE VIOLENCIA, NO PRESENCIA DE ESCARAS, NI LESIONES EN OTRA PARTE DEL CUERPO. PRESENTA RADIOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PRESENTANDO FRACTURA DE EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO. RE REALIZA REFERENCIA PARA PEDIATRIA EN UNIDAD DE MAYOR COMPLEJIDAD Y POSTERIOR REALIZAR TRAMITES NECESARIOS, YA QUE NO CONTAMOS CON TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA. TELEFONO 0959020526

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRADIA DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO QUE DEMUESTRA FRACTURA DE CONDILO LATERAL IZQUIERDA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO	S424		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-11	10:44	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-02-11	10:44	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

