

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHINGA	SOLORZANO	VICTOR ANDRES	04	06	2020	4 años, 8 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353397076	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CONCHA y OLGA MOREIRA	093-969-5252 /
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	1353397076	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2025	02	05
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 4 AÑOS DE EDAD ACUDE ACOMPAÑADO DE PADRE, AL INTERROGATORIO INDIRECTO COMENTA QUE EL PACIENTE TUVO UN ACCIDENTE EN DICIEMBRE DONDE PRESENTÓ UNA FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HÚMERO, SE REALIZA CIRUGÍA DE FORMA PARTICULAR EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024, HACE 1 SEMANA LE REALIZAN LA EXTRACCIÓN DE CLAVOS. AL DÍA DE HOY PRESENTA LIMITADA CAPACIDAD DE MOVIMIENTO EN EL BRAZO A LA EXTENSIÓN COMPLETA EL PACIENTE REFIERE DOLOR, AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA EDEMA EN ZONA QUIRURGICA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX SE EVIDENCIA ALINEACIÓN DE ESTRUCTURAS OSEAS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-05	14:58	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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