

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	VELASQUEZ	ANGELA SOFIA	02	05	2022	4 años, 1 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	1353870858	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA WALTON GARCIA y SN	098-300-9299 /
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	1353870858	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	06	22
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

FAMILIAR MENCIONA QUE PACIENTE SE CAYÓ DE 3 METROS APROXIMADAMENTE HACE 15 DIAS, POR LO CUAL ACUDEN A PERSONA DE SABIDURIA ANCESTRAL (SOBADOR) DESPUES DE 3 DIAS. NO EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE POR LO QUE ACUDEN A HOSPITAL EL DIA 19/06/2026, REALIZAN RADIOGRAFIA EN DONDE SE EVIDENCIA FORMACION DE CALLO OSEO Y ENVIAN PARA VALORACION POR PEDIATRIA. EL DIA DE HOY AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ASINTOMATICA, COLABORADORA AL EXAMEN FISICO. SE EVIDENCIA CABESTRILLO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, ABULTAMIENTO EN CLAVICULA IZQUIERDA DE 2 CM DE DIAMETRO APROXIMADAMENTE CON DOLOR A LA EXTENSION, NO SE PUEDE ENVIAR REFERENCIA AL MOMENTO DE LA CONSULTA DEBIDO A INOPERATIVIDAD DEL SISTEMA. PACIENTE ALERTA, ESTABLE, COLABORADORA AL INTERROGATORIO Y CON ANALGESIA ADECUADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA RADIOGRAFIA EL DIA 19/06/2026 EN DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA DEL TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA MAS FORMACION DE CALLO OSEO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA CLAVICULA	S420		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-22	21:34	Medicina Rural	LIZBETH MICHELLE MORETA DIAZ	1719577114	

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
2026-06-22	21:34	Medicina Rural	LIZBETH MICHELLE MORETA DIAZ	1719577114	

