

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	BASTIDAS	IAN TADET	26	08	2023	2 años, 4 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354221184	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MANUEL DE JESUS LVAREZ y 098-078-7495 / (99)-999-9999
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	1354221184	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría	2025	12	26
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 2 AÑOS Y 4 MESES, ES TRAIIDO EN BRAZOS DE SU MADRE POR CUADRO CLINICO DE 6 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR INTENSO EN BRAZO DERECHO POSTERIOR A CAIDA, MADRE INDICA QUE SE IBA A SENTAR EN LA ESCALERA PERO NO ALCANZO Y SE DESLIZO GENERANDOSE UN GOLPE EN ESE BRAZO, ACUDEN A EMERGENCIA DONDE LE REALIZAN RX Y SE EVIDENCIA FRACTURA DE CLAVICULA, MADRE ACUDE CON REFERENCIA INVERSA DEL HOSPITAL, NIEGA OTROS SINTOMAS. ALIMENTACION COMPLEMENTARIA NORMAL, DIURESIS Y CATARSIS NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : SE EVIDENCIA FRACTURA EN DIAFISIS CLAVICULAR DERECHA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-26	08:30	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 Firma únicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-26	08:30	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	