

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MERO	JOHAN KAEI	02	06	2024	2 años, 0 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354413427	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO y	096-853-3916 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1354413427	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	06	18
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

LACTANTE MAYOR DE 2 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. PADRE REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 15 DÍAS EL PACIENTE PRESENTÓ CAÍDA DE LA CAMA, POSTERIOR A LO CUAL PRESENTÓ DOLOR Y LIMITACIÓN FUNCIONAL EN HOMBRO DERECHO, MOTIVO POR EL CUAL FUE LLEVADO AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CHONE, DONDE SE REALIZÓ RADIOGRAFÍA DE CLAVÍCULA DERECHA REPORTANDO FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVÍCULA DERECHA. MADRE EN CONSULTA REFIERE QUE ESPECIALISTA INDICA NUEVA CONSULTA CON MEDICINA GENERAL PARA PETICION DE REFERENCIA Y SEGUIMIENTO SUBSECUENTE.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REQUIERE VALORACIÓN OPORTUNA POR ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-18	09:00	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

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
2026-06-18	09:00	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	