

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	PARRAGA	DIOGENES BERNALDO	24	04	1967	57 años, 9 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1716610165	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BARRIO BUENOS AIRES 2 CUADRAS DE LA URBANIZACION BELLOS HORIZONTES INGRESAR AL MARGEN DERECHO UNA CUADRA y	099-138-6098 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 digitos	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	1716610165	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	02	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

PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL 76% ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE FAMILIARES QUIEN INDICA QUE PACIENTE PRESENTA DEFORMIDAD - DOLOR DE MUSLO IZQUERDO LIMITACION PARA LA DEAMBULACION POSTERIOR A CAIDA DESDE SU RECAMARA DESDE HACE 30 DIAS APROXIMADAMENTE ADEMAS INDICAN FAMILIAIRES QUE ACUDIERON A SOBADOR . VALORACION ESPECIALIZADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX FRACTRURA INTERTRONCANTERA DE FEMUR IZQUERDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL CUELLO DE FEMUR	S720	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-02-18	12:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	 Firmado electrónicamente por: LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO

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
2025-02-18	12:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	

