

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHINGA	CUSME	MARCO ANTONIO	15	11	1986	38 años, 9 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1720863834	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	VIA CHONE y	098-563-1580 /
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	1720863834	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	08	27	
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

MASCULINO DE 38 AÑOS, APP: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, APQX: COLOCACIÓN DE DE CLAVO ENDOMEDULAR EN FÉMUR DERECHO POR FRACTURA DE FÉMUR HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS. REFIERE SALIDA DE MATERIAL PURULENTO DESDE HACE APROXIMADAMENTE 7 MESES A NIVEL DE TERCIO INFERIOR DE MUSLO DERECHO. PACIENTE REFIERE DOLOR DE MANERA OCASIONAL. PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS NEUROLÓGICAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION Y REACCION INFLAMATORIA DEBIDAS A DISPOSITIVO DE FIJACION INTERNA [CUALQUIER SITIO]	T846		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-27	15:14	Medicina Rural	JIMMY FABIAN ANCHUNDIA DELGADO	1313596668	

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
2025-08-27	15:14	Medicina Rural	JIMMY FABIAN ANCHUNDIA DELGADO	1313596668	