

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HOPKINS	VELASQUEZ	MAIA VICTORY	04	09	2004	21 años, 9 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1726967019	MANABI	CHONE	CANUTO	VIA CALCETA y	097-874-7229 /
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	1726967019	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	06	04
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 FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 3 SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN BRAZO DERECHO, ASOCIADO A SENSACIÓN DE CALOR LOCAL EN ZONA QUIRÚRGICA. PACIENTE REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 1 MES PRESENTÓ LESIÓN EN BRAZO DERECHO, POR LO QUE UNA SEMANA POSTERIOR FUE INTERVENIDA QUIRÚRGICAMENTE EN CLÍNICA PARTICULAR, DONDE LE COLOCARON MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS TIPO CLAVOS. POSTERIOR AL ALTA MÉDICA, REFIERE QUE SE INDICÓ TRATAMIENTO AMBULATORIO CON CEFALEXINA 500 MG E IBUPROFENO 500 MG CADA 8 HORAS; SIN EMBARGO, MANIFIESTA QUE SUSPENDIÓ EL TRATAMIENTO POR CUENTA PROPIA DURANTE APROXIMADAMENTE 2 SEMANAS DEBIDO A ARDOR EPIGÁSTRICO INTENSO. REFIERE HABER PRESENTADO ALZA TÉRMICA NO CUANTIFICADA EN LOS ÚLTIMOS DÍAS. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE EVIDENCIA CICATRIZ POSTQUIRÚRGICA EN BRAZO DERECHO, CON CAMBIOS DE COLORACIÓN VIOLÁCEA/EQUIMOSIS RESIDUAL, DOLOR A LA PALPACIÓN Y CALOR LOCAL REFERIDO, SIN SECRECIÓN PURULENTO ACTIVA AL MOMENTO. PACIENTE REFIERE QUE DESDE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NO HA TENIDO CONTROL NI VALORACIÓN POSTOPERATORIA POR TRAUMATOLOGÍA. AL MOMENTO SE ENCUENTRA AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE ALARMA SISTÉMICA; SIN EMBARGO, POR ANTECEDENTE DE CIRUGÍA RECIENTE CON MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, DOLOR PERSISTENTE, CALOR LOCAL, ALZA TÉRMICA REFERIDA Y AUSENCIA DE CONTROL TRAUMATOLÓGICO POSTQUIRÚRGICO, SE REALIZA REFERENCIA A TRAUMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, DESCARTAR INFECCIÓN POSTQUIRÚRGICA O COMPLICACIÓN DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y DEFINIR CONDUCTA TERAPÉUTICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON EXÁMENES COMPLEMENTARIOS RECIENTES AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN. A LA INSPECCIÓN CLÍNICA SE EVIDENCIA CICATRIZ POSTQUIRÚRGICA EN BRAZO DERECHO, CON CAMBIOS DE COLORACIÓN VIOLÁCEA/EQUIMOSIS RESIDUAL, DOLOR A LA PALPACIÓN Y CALOR LOCAL REFERIDO, SIN SECRECIÓN PURULENTO ACTIVA NI DEHISCENCIA EVIDENTE DE HERIDA AL MOMENTO. SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA Y REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, COMO BIOMETRÍA HEMÁTICA, PCR, VSG Y RADIOGRAFÍA DE BRAZO/HÚMERO DERECHO, PARA VALORAR MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y DESCARTAR COMPLICACIÓN POSTQUIRÚRGICA O PROCESO INFECCIOSO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	T818	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-06-04	11:29	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MABEL MARIA PALMA
GARCIA

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
2026-06-04	11:29	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	