

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ALCIVAR	CRISTOFER ANTONIO	01	04	2013	12 años, 6 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1753888062	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	COMUNIDAD CANELO y NO	999-999-9999 /
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	1753888062	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	10	24
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 12 AÑOS, ACUDE CON TIA, PARA LECTURA DE RADIOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. AL MOMENTO PACIENTE ASINTOMATICO. TIA REFIERE ACCIDENTE MIENTRAS RECOLLECTABAN AGUA (HACE 1 AÑO APROXIMADAMENTE), PACIENTE CAE SOBRE PIEDRA Y OCURRE FRACTURA, TIA REFIERE QUE ACUDE A CHONE DONDE PROFESIONALES LE DICEN QUE NO TENIA FRACTURAS, AL DIA DE HOY PACIENTE CON RADIOGRAFIA SE EVIDENCIA FORMACION DE CALLO OSEO EN RADIO, LIMITACION DE MOVILIDAD Y DOLOR A LA PALPACION. SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON RADIOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO AP, LATERAL: SE EVIDENCIA FRACTURA CON CONSOLIDACION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO	S521		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-24	13:36	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	

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
2025-10-24	13:36	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	