

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CEDEÑO           | MARCILLO         | DAYRI JANINE | 11                  | 09  | 2003 | 22 años, 10 meses, 3 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 2300523657        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | VIA EL MORRO y               | 096-796-4047 /       |
| 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                 | 2300523657      | SAN BARTOLO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                    |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía Ortopédica Y Traumatología |  | 2026  | 07  | 14  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                       |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

MUJER DE 22 AÑOS, SIN APP DE IMPORTANCIA ANTECEDENTE FAMILIAR: MADRE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS, QUE OCASIONÓ PERDIDA DE TEJIDO MUSCULAR Y FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR IZQUIERDO MANEJADA QUIRÚRGICAMENTE MEDIANTE OSTEOSÍNTESIS. QUIEN ACUDE A CONSULTA POR CUADRO DE DOLOR RECURRENTE EN TOBILLO IZQUIERDO, REFIERE EPISODIOS RECURRENTES DE DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, CON INTENSIDAD MÁXIMA EVA 9/10, ASOCIADO A DOLOR EN PANTORRILLA IZQUIERDA Y LIMITACION PARA LA MARCHA SECUNDARIA AL DOLOR; AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN REFIERE DOLOR LEVE. NIEGA FIEBRE, SÍNTOMAS SISTÉMICOS Y ALERGIAS CONOCIDAS. AL EXAMEN FÍSICO; PIES IZQUIERDO, SE EVIDENCIA EDEMA LOCALIZADO, AUMENTO DE TEMPERATURA LOCAL Y DOLOR A LA PALPACIÓN EN PIE, TOBILLO Y REGIÓN DE PANTORRILLA IZQUIERDA, SENSIBILIDAD DISMINUIDA. HOY CON PERSISTENCIA DE DOLOR EN PIES Y TOBILLO IZQUIERDO CON LIMITACION A LA MARCHA CON NORMALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

\*\* EL 01 DE JUNIO DE 2026 SE REALIZO RESONANCIA MAGNÉTICA DE TOBILLO IZQUIERDO, CON INFORME QUE EVIDENCIA CAMBIOS POSTRAUMÁTICOS Y/O POSTQUIRÚRGICOS, CON EDEMA ÓSEO EN RESOLUCIÓN A NIVEL DEL TERCIO DISTAL DEL ESCAFOIDES TARSIANO Y REGIÓN ANTERIOR DEL PRIMER CUNEIFORME; CAMBIOS DEGENERATIVOS/POSTRAUMÁTICOS EN ARTICULACIÓN AS TRÁGALO-ESCAFOIDEA CON GEODA SUBCONDRA Y OSTEÓFITOS MARGINALES, DERRAME ARTICULAR TIBIOTALAR MODERADO ASOCIADO A EDEMA INFLAMATORIO DE PARTES BLANDAS EN REGIÓN ANTERIOR DEL TOBILLO, TENOSINOVITIS LEVE DEL TIBIAL POSTERIOR, FLEXOR COMÚN DE LOS DEDOS Y CAMBIOS INFLAMATORIOS INCIPIENTES EN TENDONES PERONEOS; ADEMÁS, CAMBIOS SECUELAES LIGAMENTARIOS MEDIALES Y DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO POSTERIOR, SIN VISUALIZACIÓN DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR, SUGESTIVO DE DESGARRO CRÓNICO/POSTRAUMÁTICO.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| SECUELAS DE OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DE MIEMBRO INFERIOR | T938   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-14 | 11:02 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |

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