

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	CHEVERRIA	RICHARD ABEL	09	09	2006	19 años, 6 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2350392771	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO BELEN D ROSADO y SN	098-682-9175 /
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	2350392771	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		2026	03	23
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 DE 19 AÑOS EL CUAL ES TRAI DO POR SU MADRE ENVIADA POR MDH PARA INICIO DE PROCESO DE CALIFICACION DE DISCAPACIDAD, REFIERE LA MADRE QUE HACE 3 AÑOS SUFRIO ACCIDENTE CORTE CON MACHETE EN MANO DERECHA, TRATADO EN EL HOSPITAL DE FLAVIO ALFARO NO SE ENCUENTRA HISTORIAL AHORA, SIN SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD, EN ESTOS MOMENTOS CON DIFICULTAD PARA MOVIMIENTOS DE FLEXION Y EXTENCION DE LA MANO ADEMAS REFIERE DOLOR OCASIONAL CUANDO TRABAJA EN EL CAMPO, SE ENVIA A ESPECIALIDAD PARA VALORACION , TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MISMO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO DE OTRAS PARTES DEL BICEPS	S462		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-23	11:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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
2026-03-23	11:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	