

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CHALA            | ALAVA            | HEILY SOFIA | 05                  | 08  | 2019 | 6 años, 11 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        | 2351767682        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | RIO DEORO y                  | 099-913-5919 /      |
| 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                 | 2351767682      | SAN PEDRO DE ATASCOSO    | 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  | 07  | 05  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                       | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PEDIÁTRICA DE SEXO FEMENINO DE 6 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR DIFICULTAD PARA LA MARCHA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. COMO ANTECEDENTE REFIERE TRAUMATISMO POR CAÍDA DE MOTOCICLETA EN CALIDAD DE COPILOTO JUNTO A SU PADRE DURANTE EL MES DE MAYO, PRESENTANDO DESDE ENTONCES ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD DE LA PIERNA IZQUIERDA. LA MADRE MANIFIESTA QUE LA MENOR FUE LLEVADA A MANEJO EMPÍRICO CON SOBADOR, SIN PRESENTAR MEJORÍA. POSTERIORMENTE SE REALIZÓ RADIOGRAFÍA EN LA QUE SE EVIDENCIA PÉRDIDA DE LA CONTINUIDAD ÓSEA EN LA DIÁFISIS DE LA TIBIA IZQUIERDA, SUGESTIVA DE FRACTURA. LA MADRE REFIERE QUE, DEBIDO A QUE LA PACIENTE PRESENTÓ MEJORÍA PARCIAL Y LOGRÓ CAMINAR, NO ACUDIÓ A VALORACIÓN MÉDICA EN ESE MOMENTO. ACTUALMENTE CONSULTA POR PERSISTENCIA DE DIFICULTAD PARA LA MARCHA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. LA PACIENTE NIEGA DOLOR AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFÍA: PÉRDIDA DE LA CONTINUIDAD ÓSEA EN LA DIÁFISIS DE LA TIBIA IZQUIERDA, SUGESTIVA DE FRACTURA.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | S822   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-07-05 | 13:32 | Medicina Rural | RAMON JAMIL VELEZ QUEVEDO | 1313445387 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-07-05 | 13:32 | Medicina Rural | RAMON JAMIL VELEZ QUEVEDO | 1313445387 |       |

