

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINCAY	LOOR	THIAGO ISAID	23	08	2019	5 años, 11 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2351773573	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	POR EL HOSPITAL EL MSP y	096-992-7933 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	2351773573	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D05 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	Fecha
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025 07 30

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

SEGUIMIENTO D ECONTROL AP DE OSTEOCONDROMA POR RX POSTERIOR A TRAUMA CONTUSO PENDIENTE VALORACION D TRAUMATOLOGIA REFERENCIA GENERADA HACE UN MES SE VUELVE A GENERAR REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO D ECONTROL AP DE OSTEOCONDROMA POR RX POSTERIOR A TRAUMA CONTUSO PENDIENTE VALORACION D TRAUMATOLOGIA REFERENCIA GENERADA HACE UN MES SE VUELVE A GENERAR REFERENCIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10

PRE

DEF

TUMOR BENIGNO DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR

D162

X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA
2025-07-30	15:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	CRISTIAN ISACIO CHICA VEGA	1308754827	

Dr. Cristian Chica Vega
 MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
 Reg. Senescyt 1027.2017.1803643
 C.I. 1308754827

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/Área

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	CODIGO	FIRMA
2025-07-30	15:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	CRISTIAN ISACIO CHICA VEGA	1308754827	