



| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                          |                                                         |                                     |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |                          | UNICÓDIGO                                               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD            |               | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | NÚMERO DE ARCHIVO |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| MSP                                                         |                          | 001414                                                  | Santa Rita                          |               | CS        | 1310517527                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             |                          | SEGUNDO APELLIDO                                        |                                     | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| Chavez                                                      |                          | Vergara                                                 |                                     | Jorge         |           | Alberto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | H                 | 22-07-1981       | 43   | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H                            | D                        | M                               | A                        |                             |                          |                                    | X                        |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| H                                                           | D                        | M                                                       | A                                   |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
|                                                             |                          |                                                         | X                                   |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                          |                                                         |                                     | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| 096-805-9007                                                |                          |                                                         |                                     | X             |           | <table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td><input type="checkbox"/></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr></table> |  |                   |                  |      |                                                                                                                | 1. Accesibilidad geográfica. | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento. | <input type="checkbox"/> | 2. Falta de espacio físico. | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales. | <input type="checkbox"/> | 3. Falta de equipamiento. | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutive | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Equipos en mal estado. | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/> | 5. Problemas de infraestructura. | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 1. Accesibilidad geográfica.                                | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento.                         | <input type="checkbox"/>            |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| 2. Falta de espacio físico.                                 | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales.                      | <input type="checkbox"/>            |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| 3. Falta de equipamiento.                                   | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | <input checked="" type="checkbox"/> |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| 4. Equipos en mal estado.                                   | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/>            |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| 5. Problemas de infraestructura.                            | <input type="checkbox"/> |                                                         |                                     |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                          |                                                         |                                     |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| PROVINCIA                                                   |                          | CANTÓN                                                  |                                     | PARROQUIA     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| 13                                                          |                          | 1303                                                    |                                     | 130302        |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |  |                                          |  |                  |  |               |  |
|---------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|------------------|--|---------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD  |  |
| MSP                                                     |  | Hospital General Napoleon Davila Cordova |  | Consulta Externa |  | Traumatologia |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PACIENTE MAS CULINO DE 43 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES : FRACTURA DE FEMURDIS TAL DERECHO(13-12- 21) + REDUCCION + OSTEOSINTESIS (17-12- 21)- ALERGIA NO REFIERE- ACUDE A CONSULTA POR CONTROL DE TRATAMIENTO DE FRACTURA FEMURDIS TAL DERECHO- PACIENTE REFIERE HABER RECIBIDO FISIOTERAPIA EN HOSPITAL NAPOLEON HACEDOS AÑOS SIN EMBARGO NO CONTINUO LOS CONTROLES EN DICHA UNIDAD POR LO QUE ACUDE A ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR PRESENTAR DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO EL CUAL CUENTA CON CLAVO INTRAMEDULAR EN FEMUR DERECHO OPERACION REALIZADA EN EL AÑO 2021. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE ACTIVO REACTIVO ORIENTADO EN 3 ESFERAS CABEZA NORMOCEFALOCUELLO SIN ADENOPATIAS - BOCA: MUCOSAS HÚMEDAS EXUDADO RETROFARINGEO- NARIZ PERMEABLE- NO ERITEMATOSAS - TORAXS IMETRICOS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NI MEGALIAS - EXTREMIDADES SIN IMETRICAS NO PRESENTA EDEMA- SIN OBSERVAR CICATRIZ EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO DE ANTECEDENTES QUIRÚRGICO EN EL AÑO 2021. |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| RADIOGRAFIA DIGITAL                                               |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                 | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Secuelas De Otras Fracturas De Miembro Inferior |                                    | T932 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                                 |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                                 |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-12-31                            | 01:56        | Leonardo      |  | Mendoza         | Velasquez        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1709823288                            |              |               |  |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |  |  |    |    |                        |  |  |  |    |    |
|---------------------------------------------|--|--|--|----|----|------------------------|--|--|--|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  |  |  | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |  |  | SI | NO |

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |  |           |                          |  |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--------------------------|--|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        |  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                                                                                |  |           |                          |  |                   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                       |                          |          | //                 |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |
|-------------------------------|
|                               |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |
|----------------------------------------------------------|
|                                                          |

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     | 6.  |  |     |     |     |

| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |

| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |