



| 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           | Hospital Basico De El Carmen     | HB                        | 1316144540                       |                                    |                                                         |                         |   |   |   |  |   |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                   | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |   |
| Cercado                                                     | Rodriguez        | Moises                           | Esteban                   | H                                | 05-06-2007                         | 18                                                      | H                       | D | M | A |  |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                       |                           | X                                | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |                         |   |   |   |  |   |
| 0994424857/0967770296                                       |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |                         |   |   |   |  |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 2. Falta de espacio físico.      |                           |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |                         |   |   |   |  |   |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                        | 3. Falta de equipamiento. |                                  |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |   |   |   |  | X |
| 13                                                          | 1304             | 130450                           | 4. Equipos en mal estado. |                                  |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |  |   |
|                                                             |                  | 5. Problemas de infraestructura. |                           |                                  |                                    |                                                         |                         |   |   |   |  |   |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADOLESCENTE DE 15 AÑOS DE EDAD- CON APP: NO REFIERE- APX: NO REFIERE- ALERGIAS: NO REFIERE- FUM: 20/04/2025. ACUDE E COMPAÑIA DE MADRE. ACUDE PARA REVISION DE RADIOGRAFIA REALIZADA 13/05/2025 REPORTADA EN PESTAÑA CORRESPONDIENT AL EXAMEN FISICO CURVATURA ANORMAL DE COLUMNA VERTEBRAL EN ZONA DORSAL Y LUMBAR. PACIENTE REFIERE DIFICULTAD A DEAMBULACION. AL MOMENTO ESTABLE- AFEBRIL- ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- COLABORA CON INTERROGATORIO. IMC CON PESO NORMAL. SE CONSULTA CASO CON MED FAMILIAR QUIEN INDICA REFERENCIA PARA TRAUMATOLOGIA. TLF 0991457515 (HERMANA YARITZA REINA LLAMADA Y MENSAJERIA SOCIAL) /0988480799 (PCTE LLAMADA Y MENSAJERIA SOCIAL) / 0981602334 (MAMA MARIA REYNA SOLO MENSAJERIA SOCIAL) |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADOLESCENTE DE 15 AÑOS DE EDAD- CON APP: NO REFIERE- APX: NO REFIERE- ALERGIAS: NO REFIERE- FUM: 20/04/2025. ACUDE E COMPAÑIA DE MADRE. ACUDE PARA REVISION DE RADIOGRAFIA REALIZADA 13/05/2025 REPORTADA EN PESTAÑA CORRESPONDIENT AL EXAMEN FISICO CURVATURA ANORMAL DE COLUMNA VERTEBRAL EN ZONA DORSAL Y LUMBAR. PACIENTE REFIERE DIFICULTAD A DEAMBULACION. AL MOMENTO ESTABLE- AFEBRIL- ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- COLABORA CON INTERROGATORIO. IMC CON PESO NORMAL. SE CONSULTA CASO CON MED FAMILIAR QUIEN INDICA REFERENCIA PARA TRAUMATOLOGIA. TLF 0991457515 (HERMANA YARITZA REINA LLAMADA Y MENSAJERIA SOCIAL) /0988480799 (PCTE LLAMADA Y MENSAJERIA SOCIAL) / 0981602334 (MAMA MARIA REYNA SOLO MENSAJERIA SOCIAL) |

| 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-08-07                            | 10:19           | Noemi         | Marquez         | Demera           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1716838295                            |                 |               |                 |                  |

| 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 | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |