

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                  |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA    |                          | NÚMERO DE ARCHIVO |                         |
|-------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0401010566                          |                          |                   |                         |
| MLSP                                                        | 1268             | CS AGUA FRIA II          |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |                   |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                       | SEXO                                | FECHA NACIMIENTO         | EDAD              | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| IBUJES                                                      | GUEPREGO         | JESUS                    | MARCIALINO                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     | 23-12-1953               |                   | H G M A                 |
| Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | REFERENCIA                          | DERIVACIÓN               |                   |                         |
| 0980193267                                                  |                  |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | MOTIVO                              |                          |                   |                         |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                | <input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento<br><input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales<br><input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutoria<br><input checked="" type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                     |                          |                   |                         |
| Manabí                                                      | Juín             | Juín                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |                   |                         |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          |                  |               |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|---------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD  |
| MLSP                                                    | HOSP. NAPOLEON DÁVILA    | CONSULT. EXTERNA | TRAUMATOLOGÍA |

**C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**

paciente masculino de 53 años de edad con app. de accidente de tránsito/motoactivo acude a la consulta Personal Placa de RX de pierna derecha donde se evidencian colocación de tutor y clavos en fractura húmero. 4 meses pte fue intervenido quirúrgicamente pero también se evidencia fractura no desplazada en posición proximal de perone en mencionada pierna se refiere para control y tratamiento

**D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

RX de pierna derecha (se evidencia fractura no desplazada de posición proximal de perone de pierna derecha)

| E. DIAGNÓSTICO |                                     | PRE- PRESENTIVO | DEF. DEFINITIVO | CE   | PRE | DEF | CE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------------|-----------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|
| 1.             | Fractura de perone                  |                 |                 | 5824 |     | X   |    |     |     |
| 2.             | Fractura de otra parte de la pierna |                 |                 | 6828 |     | X   |    |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO APELLIDO |
| 17-01-25                              | 8:40         | Juz           | Mendoza Campos   |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                  |
| 1304278326                            |              | [Firma]       |                  |

**G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN**

| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |                                  |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | 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- PRESENTIVO | DEF. DEFINITIVO | CE | PRE | DEF | CE | PRE | DEF |
|----------------|--|-----------------|-----------------|----|-----|-----|----|-----|-----|
| 1.             |  |                 |                 |    |     |     |    |     |     |
| 2.             |  |                 |                 |    |     |     |    |     |     |
| 3.             |  |                 |                 |    |     |     |    |     |     |

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

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