

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                                   |         | 1246              | CS TOSAGUA               |               | C         | 704074483                        |  | 704074483                                                                                                                                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                                                                                                                                   | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ARROBA                                |         | ZAMBRANO          |                          | SILVIO        |           | GASTON                           |  | M                                                                                                                                                                      | 22/02/1979       | 46   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN                       |  | MOTIVO                                                                                                                                                                 |                  |      |                         |   |   |   |
| 0992151199 -                          |         | NO REGISTRA       |                          | X             |           |                                  |  | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.              |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         |                   |                          |               |           |                                  |  | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  |                   | PARROQUIA                |               |           |                                  |  |                                                                                                                                                                        |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA |                   | TOSAGUA                  |               |           |                                  |  |                                                                                                                                                                        |                  |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                          |  |                  |  |              |  |
|-------------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|--------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD |  |
| MSP                     |  | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA |  | CONSULTA EXTERNA |  | CIRUGIA      |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIO CON APP DE HERIDA ABDOMINAL POR ARMA DE FUEGO HACE +/- 2 MESES, EL CUAL RECIBIÓ TTO QUIRÚRGICO EN 3 OCASIONES EN HOSPITAL DE DURAN: LAPAROTOMIA EXPLORATOPRIA POR TRAUMA ABDOMINAL - TRAUMA DE VEJIGA POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO, POSTQUIRURGICO RELAPARATOMIA POR INFECCION DE SITIO QUIRURGICO - PERITONITIS GENERALIZADA, COLECCION PELVICA. EN LA ACTUALIDAD MANTIENE BOLSA COLECTORA, POR LO QUE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALISTA.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                                                   |      |     |     |    |  |     |     |     |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO |                                                                   | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
| 1.                                 | HISTORIA PERSONAL DE CIRUGIA MAYOR NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE   | Z924 |     | X   | 4. |  |     |     |     |
| 2.                                 | DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO, Y LAS NO ESPECIFICADAS, VIVIENDA | W340 |     | X   | 5. |  |     |     |     |
| 3.                                 |                                                                   |      |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 02/12/2025                            | 4.00 pm         | JUAN JOSÉ     |  | ZAMBRANO        |  | PINCAY           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
| 1310509771                            |                 |               |  |                 |  |                  |  |

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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            |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |