

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		hospital Natalia Huerta Niemes		*0906934419	*0906934419					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
GAMBOA		YOLANDA	MARIA	F	17/05/45	80	H	D	M	A
		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		N			
0992138912		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA BACHILLERO	4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive					
			5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTEADULTA MAYOR DE 80 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE CON HIJA CON APP DE HTA, ARTRITIS REUMATOIDEA CAIDAS A REPETICION, PROVOCANDO FRACTURA DE RODILLAS, CLAVICULA, CADERA YA TRATADAS. ULTIMA CAIDA HACE 1 MES SOBRE SU PROPIA ALTURA, AL MOMENTO CON DOLOR A NIVEL DE HOMBRO , CADERA Y RODILLA DE LADO IZQUIERDO. HOSPITALIZADA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA POR FRACTURA DEL PUBIS EL 14 DE DICIEMBRE DEL2025 DURANTE 3 DIAS, DADA DE ALTA POR TRATAMIENTO CONSERVADOR Y CONTROL EN 1 MES. SE SUGIERE VALORACION POSTRAUMATISMO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX DE CADERA: FRACTURA DE PUBIS Y DESPLAZAMIENTO DE PROTESIS DE CADERA LADO IZQUIERDO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. FRACTURA DEL PUBIS		S325		X			
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/01/15	09H30	RUTH	CUADRADO	GAMBOA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
910337450				

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	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE		CIE	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	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		