



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						
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	73641	HOSPITAL BÁSICO DE PEDERNALES DR. FRANCISCO VÁSQUEZ BALDA	HG	0918459827	-----						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
FARIAS	FARIAS	ERIKA	YADIRA	F	05-04-1981	44	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0995769631		X				6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.				7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive				
13	1303	130301	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

SERVIDORA DE SALUD QUE LLEGA CON CUADRO CLINICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION CARCATERIZADO POR ESPOLON CALCANEEO EN SEGUIMINETO POR MEDICINA OCUPACIONAL- AL MOMENTO PACIENTE REFIERE DOLOR DE INTENSIDAD MODERADA A ALTA- HEMODINAMIMCANETE ESTABLE- ORIENTADO EN TIEMPO ESAPCIO Y PERSONA. EXAMN FISICO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES- SE OBSERVA PLANTA DE PIE INFLAMADOS Y ERITEMATOSO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SE OBSERVA RADIOGRAFIA DE CONTROL EN PIE- CON APROXIMADAMENTE 5 CM DE DIAMETRO.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ESPOLON CALCANEEO	M773		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-05	15:01	ERICK	CALERO	PALMA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313530964				

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	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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	