

MSP		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
1413		HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	953092897	953092897
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CUADRO	VALDEZ	ERLY	MAXIMILIANO	M	12/11/2010	14
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
980859837		X		H D M A		
PROVINCIA	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	1. Accesibilidad geográfica		6. Problemas de abastecimiento		
MANABI	CANTON	2. Falta de espacio físico		7. Insuficiencia de profesionales		
	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento		8. Inadecuada capacidad resolutiva		
	FLAVIO ALFARO	4. Equipos en mal estado		9. Asumir la responsabilidad de la atención de los servicios		
	FLAVIO ALFARO	5. Problemas de infraestructura		X		

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Pcte de 14 años de edad sexo masculino acude por emergencia por presentar traumatismo a nivel de muñeca y antebrazo izquierdo de mas o meno 19 horas de evolucion a su atencion 08/10/2025 (09:00). presenta deformidad leve, mas leve edema, mas leve dolor local, movimientos motriciez conservados. Al examen Físico: cabeza normocefalo, Cuello sin adenopatias Torax campos pulmonares claros ventilados, Ruidos cardiacos ritmicos normofoneticos, Abdomen blando depresible no megalias, genitales normales, Extremidades: Antebrazo y muñeca izquierda leve dolor, leve edema y deformidad .spo2 99%. se le inmoviliza con ferula de yeso posterior y referencia por consulta externa especialidad.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

2025 RX DE MUÑECA Y ANTEBRAZO IZQUIERDA 2 POSICIONES : FRACTURA DE COLLES EPIFISIS DISTAL DE RADIO NO DESPLA

E. DIAGNÓSTICO		PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO				S525		X			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
08/10/2025	10:00	Dr. XAVIER	TOALA	REYES
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1309899001				

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.									
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		
		SELO		

CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA