

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------|-----------|----------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----|----|---|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    | UNICÓDIGO                             | ESTABLECIMIENTO DE SALUD       |                  | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |                  | NÚMERO DE ARCHIVO                                                                                                                                                         |                         |    |    |   |  |
| MSP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    | 1245                                  | CENTRO DE SALUD CARLOS MORALES |                  | A         | 964621338                        |                  | 964621338                                                                                                                                                                 |                         |    |    |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    | SEGUNDO APELLIDO                      |                                | PRIMER NOMBRE    |           | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO | EDAD                                                                                                                                                                      | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |    |    |   |  |
| BRAVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    | BRAVO                                 |                                | ALAIA            |           |                                  | 27/10/2020       | 4                                                                                                                                                                         | H                       | D  | M  | A |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    | X |  |
| Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                                       |                                | REFERENCIA       |           | DERIVACIÓN                       |                  | MOTIVO                                                                                                                                                                    |                         |    |    |   |  |
| 0978939898 / 0963976873                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |                                       |                                | 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 resolutoria.<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |                         |    |    |   |  |
| PROVINCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CANTÓN                             | PARROQUIA                             |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| MANABI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | JUNIN                              | JUNIN                                 |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    | ESTABLECIMIENTO DE SALUD              |                                | SERVICIO         |           | ESPECIALIDAD                     |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| MSP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    | HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO |                                | CONSULTA EXTERNA |           | TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA         |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| PREESCOLAR CON CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CAIDA DESDE HAMACA A VELOCIDAD PRODUCTO DE LO CUAL PRESENTA DOLOR EDEMA DEFORMACION E IMPOTENCIA FUNCIONAL DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, RESULTADO FRACTURA DIAFISIS DE HUMERO ES ENYESADA Y ADMINISTRADA ANTIINFLAMATORIO. SE SOLICITA VALORACION |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| RX HUMERO DERECHO FRACTURA DIAFISIS DE HUMERO                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| E. DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PRE- PRESENTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE                                   | PRE                            | DEF              |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL HUMERO | S423                                  |                                | X                | 4.        |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |                                       |                                |                  | 5.        |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |                                       |                                |                  | 6.        |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HORA<br>(hh:mm)                    | PRIMER NOMBRE                         |                                | PRIMER APELLIDO  |           | SEGUNDO APELLIDO                 |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| 2025-01-17                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 14H10                              | MARGARITA SALOME                      |                                | QUIROZ           |           | GILER                            |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    | FIRMA                                 |                                |                  |           | SELLO                            |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| 1309650404                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| 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       |                  | 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 CLINICO                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
| F. DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PRE- PRESENTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | 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                            |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                |                  |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                           |                         |    |    |   |  |