

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		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1207192723		1207192723															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)													
COLLANTES		RAMIREZ		MILTON		GABRIEL	M	29/11/1991	34	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X				
H	D	M	A																			
			X																			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO														
0985881894/0998243848		MSP		X				<table><tr><td></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td></td></tr><tr><td></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td></td></tr><tr><td></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td></td></tr><tr><td></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>X</td></tr></table>				6. Problemas de abastecimiento.			7. Insuficiencia de profesionales.			8. Inadecuada capacidad resolutive			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	X
	6. Problemas de abastecimiento.																					
	7. Insuficiencia de profesionales.																					
	8. Inadecuada capacidad resolutive																					
	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	X																				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.																		
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.																		
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.																		
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.																		
MANABI				5. Problemas de infraestructura.																		
ROCAFUERTE																						
ROCAFUERTE																						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON UNA CONTRAREFERENCIA DEL HOSPITAL DE TRAUMA RUTHY CIA POST TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FRACTURA DE MALEOLO EXTERNO CON FIJACIÓN INTERNA DEL PIE IZQUIERDO. AL MOMENTO PIE EDEMATIZADO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO	S826		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
30/06/2026	10:22AM	JOSE		ALVARADO	MENDOZA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1350569966					

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 DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	