

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		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	130248349-7		130248349-7				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
Velez		GARCIA		LITA		MARIANA		F		77	H D M A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0996349562												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1 Accesibilidad geográfica		6 Problemas de abastecimiento						
PROVINCIA		CANTÓN		3 Falta de espacio físico		7 Insuficiencia de profesionales						
MANABI		FLORES		4 Falta de equipamiento		8 Inadecuada capacidad resolutoria						
		FLORES		5 Equipos en mal estado		9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD
				ECHE	TRAUMATOLOGIA

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

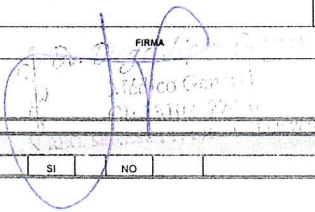
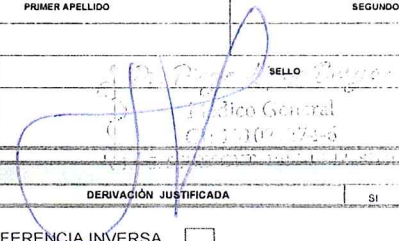
PATE 77 años Femenino CURSA 7 Días POST TRAUMATICO DE ANTERIO +
 UNIFORMACION POR "SORDOR", ACUSE POR PRESENTAR CUADRO CLIN DE DOLOR
 OREJAS, INTESTINO LIGER
 DE MOMENTO RESOLV 15/15

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX: FRACTURA EPITISIS DISTAL DE RADIO

DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
FRACTURA GRIETA TIF DE RADIO			S515		X	4.			
						5.			
						6.			

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
131024724-6							

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

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	

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

(Empty space for clinical summary)

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

(Empty space for diagnostic findings)

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

(Empty space for treatments and procedures)

DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
						4.			
						5.			
						6.			

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

(Empty space for recommended treatment)

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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