

1303071888
1303071888
Cedeno
Lugico
Semón
Bokvar
13/11/2015
15
Nº. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)
0985375325
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL
PROVINCIA
CANTÓN
PARROQUIA
REFERENCIA ☒
DERIVACIÓN ☐
MOTIVO
6. Problemas de abastecimiento.
7. Ineficiencia de profesionales.
8. Ineficiencia capacidad reproductiva.
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

SERVICIO

ESPECIALIDAD

Consultorio externo

Traumatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Lesión mecánica, fractura de dedo anular con ligamento de 24h de evolución con tendinitis por herida cortante en dedo meñique mano izquierda con lesión blanda, al momento con herida quirúrgica, presencia de dolor y ligera deformidad.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Rx. fractura de falange de meñique

E. DIAGNÓSTICO

PRO-PROBLEMAS	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DSF	CIE	PRE
1	Fractura de otro dedo de la mano	S66				
2						
3						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día) 20/10/20
HORA (hr-min) 13:20
PRIMER NOMBRE Herbert
PRIMER APELLIDO Domínguez
SEGUNDO APELLIDO Fernández
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1313404814
FIRMA
Dra. Lisbeth Domínguez
MÉDICO CIRUJANO
REG-GENESCYT: 1009-2017-1841877

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 (año-mes-día)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRO-PROBLEMAS	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DSF	CIE	PRE
1						
2						
3						

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día) HORA (hr-min) PRIMER NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN FIRMA SELLO