

# MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

## FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

### I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                                 |                |                                                       |                                                                 |                                 |                                          |                                          |                      |                   |                  |
|---------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|-------------------|------------------|
| Apellido paterno<br><u>Vera</u> |                | Apellido materno<br><u>Vera</u>                       |                                                                 | Nombres<br><u>Libia Leticia</u> |                                          | Fecha de Nacimiento<br><u>15 01 1938</u> |                      | Edad<br><u>83</u> | Sexo<br><u>M</u> |
| Nacionalidad                    | País           | Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte<br><u>1303210569</u> | Lugar de residencia actual<br><u>Manabí El Carmen El Carmen</u> |                                 | Dirección Domicilio<br><u>0989694943</u> |                                          |                      | N° Telefónico     |                  |
| Ver Instructivo                 | Describir País | Cédula diez dígitos                                   | Provincia                                                       | Cantón                          | Parroquia                                | Calle Principal y Secundaria             | Convencional/Celular |                   |                  |

### II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

#### 1. Datos Institucionales

|                                   |                                        |                                          |                   |                               |     |
|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|-----|
| Entidad del sistema<br><u>MSP</u> | Hist. Clínica No.<br><u>1303210569</u> | Establecimiento de Salud<br><u>C-SEC</u> | Tipo<br><u>A</u>  | Distrito/Área<br><u>13DOS</u> |     |
| Refiere o Deriva a:               |                                        |                                          |                   |                               |     |
| <u>MSP</u>                        | <u>Hosp. Cu. Gato Dominguez</u>        | <u>Neurología</u>                        | <u>Neurología</u> | Fecha                         |     |
| Entidad del sistema               | Establecimiento de Salud               | Servicio                                 | Especialidad      | día                           | mes |

#### 2. Motivo de la Referencia o Derivación:

|                                |                                       |                                   |                            |
|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Limitada capacidad resolutive  | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación de capacidad instalada | 4 <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesio | 2 <input type="checkbox"/>            | Otros /Especifique:               | 5 <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional           | 3 <input type="checkbox"/>            |                                   |                            |

#### 3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 83 años. APP HTA en Huen Canasolatan 1 Hicrometazolo 16mg + 12mg + Nifedipino 15mg  
en. fibrosis pulmonar en Huen kecumetazolo 2 puff cada 12h. Estreimiento en Huen polietileno P+H. Antecedente  
de caída de pupa a 1 hora hace 3 años que genero fx de cabeza de humero izquierdo + luxación glenohumeral

#### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Al examen físico: Deformidad de miembro superior izquierdo; no signos de inflamación. Limitación de rangos de movilidad.  
Rx. Fractura de cabeza de humero izquierdo + luxación glenohumeral

#### 5. Diagnóstico

|                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------|--------|-----|-----|
| 1 Fractura de la epifisis superior de humero | S422   |     | X   |
| 2                                            |        |     |     |

Nombre del profesional: Kelly Palma Sevillaño

Código MSP: 1721502001 Dr. Kelly Palma Firma [Firma]  
MSP: 1032-2024-2915213 MEDICO GENERAL

### III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐

### REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

#### 1. Datos Institucionales

|                                       |                          |                          |               |          |                           |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------|---------------------------|
| Entidad del sistema                   | Hist. Clínica Nro.       | Establecimiento de Salud | Tipo          | Servicio | Especialidad del servicio |
| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |                          |               |          |                           |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de Salud | Tipo                     | Distrito/Área | día      | mes                       |

#### 2. Resumen del cuadro clínico

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

#### 3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

#### 4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

#### 5. Diagnóstico

|   | CIE-10 | PRE | DEF |
|---|--------|-----|-----|
| 1 |        |     |     |
| 2 |        |     |     |

#### 6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |