

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MST		H B S		1303609209		1303609209					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO		FECHA NACIMIENTO	
Vera		Valdez		Gabriel		Penella		M		26/12/1965	
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0959486900		Chone		Chone				☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura		☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA							
Manabí		Chone		Chone							

ACTOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
		C. Extern	
		Tm. Rehabilitación	

ESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente masculino 65 años de edad con APP Diabético e Hipertensivo
 refiere por referir cuadro clínico +/- 5 días de evolución caracterizado
 por dolor de moderada intensidad, edema, deformidad, dolor en
 extremidad superior derecha a nivel de articulación del codo
 superior a caída de mano de cadera, refiere haber acudido a
 Sabador

ALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Rx. Osea: fractura de epífisis superior de cubito y radio

DIAGNÓSTICO										
PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRZ	DEF	CIE	PRZ	DEF	CIE	PRZ	DEF
Fractura de la epífisis superior del cubito		S210								
Fractura de la epífisis superior del radio		S221								

ACTOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO
		Lisbeth	Dominguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELO	
1313404814		SELO	

VALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
CONTRAREFERENCIA	☐	REFERENCIA INVERSA	☐

ACTOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA

ACTOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (AAAA-MM-DD)

ESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO										
PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRZ	DEF	CIE	PRZ	DEF	CIE	PRZ	DEF

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

ACTOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELO	