

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1245	CS 24 H JUNIN		C									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
DELGADO		SALTOS		CECILIA		JUANA		M	22/03/1952	72	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
0982968316 - 0981902415/ SITIO LA CABUYA														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		JUNIN		JUNIN										
				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO						
				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.						
				3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.						
				4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutive						
				5. Problemas de infraestructura.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD			SERVICIO			ESPECIALIDAD				
MSP					CONSULTA EXTERNA			TRAUMATOLOGÍA				

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO												
PACIENTE FEMENINA DE 72 AÑOS DE EDAD, CON APP DE HTA Y DM2 CONTROLADA. ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO DEFORMIDAD Y DESVIACION DE LA RODILLA IZQUIERDA HACIA AFUERA DE 2 A 3 AÑOS DE EVOLUCION Y DOLOR EN HOMBRO CON LIMITACION PARA ELEVARLO Y REALIZAR MOVIMIENTOS DE EXTENSION Y ROTACION DESDE HACE 1 AÑO A PESAR DEL USO DE AINES Y REPOSO.												

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS												

E. DIAGNOSTICO													
PRE= PRESUNTIVO		DEF=		CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF	
1.	DEFORMIDAD EN VARONIL CLASIFICADA EN OTRA PARTE			M211		X	4.						
2.	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO			M751	X		5.						
3.							6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE												
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE			PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO		
		11:31		RONALD			LOOR			QUIROZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA					SELLO			
1312184177												

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION															
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 (aaaa-mm-dd)				

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO												

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS												

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS												

F. DIAGNOSTICO													
PRE= PRESUNTIVO		DEF=		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			