

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		1268	CS Agua Truía		A	1303775397			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
QUIROZ		QUIROZ		EDDAR		NARCISO		08-07-99	05
NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
0999597359-				X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								6. Problemas de desplazamiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuadas capacidades reactivas. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA						
Mandato		Jurua	Jurua						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA		
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPECIALIDAD
MSP	Napoleón Barba	Consulta Externa - Otorrinolaringología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente masculino de 65 años de edad con app de Trauma por caída de columna vertebral, fracturado y trauma de tobillo por accidente de tránsito y también de poliomielosis y por amputación de dedo índice y medio de mano izquierda de brazo izquierdo.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Rx de tobillo. Peso 75.5 kg. talla 1.62 cms. PA 101-68. T 36.6. FR 18. FC 62. Sed: 99%.	

E. DIAGNÓSTICO			
1. Poliomielomielosis	CE	PRE	DEF
2. (columna vertebral y tobillo)	107	X	4.
3.			5.
			6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
25-10-24	9:30	Jorge	Mendoza	Campos
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELO		
130428326		Dra. Luz Mendoza Campos ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCTI: 1028-2022-747525		

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 (dd-mm-aa)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO						
PRE-PRESENTADO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO