

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1304069873	1304069873					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDEÑO	GAVICA	MARYSBEL		M	21/10/1962	63	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO						
09939779355	MSP			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 abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL CHONE	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

PACIENTE FEMENIA DE 63 AÑOS CON ANTECEDENTE DE OBESIDAD II, ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 20 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN PIE IZQUIERDO ASOCIADO A EDEMA Y EQUIMOSIS, REFIERE QUE SUFRE IMPACTO CON OBJETO DE METAL EN BORDE LATERAL DE PIE IZQUIERDO AL MOMENTO SE VISUALIZA EDEMA Y EQUIMOSIS EN 4 Y 5TO DEDO DE PIE IZQUIERDO Y DIFICULTAD PARA LA DORSIFLEXION DE DEDOS ANTES MENCIONADOS..

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX DE PIE DEL 05/05/2026: SE VISUALIZA FRACTURA DIAFISIARIA DESPLAZADA DEL 5TO METATARSIANO DEL PIE IZQUIERDO CON SEPARACION DE FRAGMENTO.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. FRACTURA DE LOS HUESOS DE OTRO(S) DEDO(S) DEL PIE	S925		X			
2.						
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
08/05/2026		YOLANDA	CEDEÑO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311762940				

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	TIPOLOGIA	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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

E= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	CIE	PRE	DEF
1.					
2.					
3.					

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		