

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					
		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1304144692						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MERO	LUCAS	HIRLANDA		MARIBEL	M	01-04-1967	59	☐ H	☐ D	☐ M	☐ A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0980211500		MSP		☒ Y	☐ N						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL											
DOMINIO		CANTÓN		PARROQUIA							
MANABÍ		TOACAJA		TOACAJA							
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado.											
MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Insuficiencia capacidad reactiva											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON APP DE HTA MAS DIABETES TIPO 2 MS ENFERMEDAD RENAL CRONICA MAS DEPENDENCIA DE DIALISIS, MANIFIESTA QUE SUFRIO CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA HACE 2 MESES ATRAS, LO QUE OCASIONA FRACTURA DE TIBIA DE PIERNA DERECHA. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ENCAMADA, NO HA RECIBIDO TERAPIA DE REHABILITACION, EXAMEN FISICO: LA OBSERVO POSTRADA EN CAMA, DESPIERTA CONSCIENTE. YESO EN PIERNA DERECHA. BAJO EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON ALTO RIESGO BIOLOGICO Y SOCIAL, SOLICITO VALORACION SUBSECUENTE POR MEDICO ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

NO CUENTA CON RX DE CONTROL.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA	S822	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13-07-2026	15:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1308639879				

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. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	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