

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	1304784729			1304784729					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BRAVO		ALCIVAR		RITA		GALINA		M	20/05/1937	72	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN								
0992432242 / LAS PIEDRAS						MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.					6. Problemas de abastecimiento.				
PROVINCIA					2. Falta de espacio físico.					7. Insuficiencia de profesionales.				
CANTÓN					3. Falta de equipamiento.					8. Inadecuada capacidad resolutiva				
PARROQUIA					4. Equipos en mal estado.					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
MANABÍ					JUNÍN					JUNÍN				

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO PACIENTE ADULTA MAYOR DE 87 AÑOS DE EDAD CON SS CAMPESINO MAS DISCAPACIDAD DE 51 % DE DISCAPACIDAD FISICA CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN DE 50 MG. LLEGA A CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU HIJA SOLICITANDO REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO CON TRAUMATOLOGIA, REFIERE QUE LA PACIENTE SUFRIÓ CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA HACE 15 AÑOS LO QUE LE OCASIONO FRACTURAS MULTIPLES EN LA COLUMNA Y SE SOMETE A CIRUGIA, POR LO QUE QUEDAN SECUELAS TALES COMO, DEFICIT MOTOR Y DIFICULTAD PARA CAMINAR .AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA MARCADA LIMITACIÓN MOTORA ESPECIALMENTE EN SUS MIEMBROS INFERIORES QUE LE DIFICULTA SU MOVILIDAD, NO REALIZA BIPEDESTACION POR SI SOLA, NO REALIZA MARCHA POR RIGIDEZ ARTICULAR, MIEMBROS SUPERIORES NO PRESENTA LIMITACIÓN EN SUS MOVIMIENTOS PERO SI REQUIERE DE AYUDA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS, ADEMAS MENCIONA DOLOR EN ESPALDA DE LARGA DATA MANTENIENDOSE EN SENTADA O

E. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	FRACTURAS MULTIPLES DE COLUMNA TORACICA			S221		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	NO
CONTRAREFERENCIA			☐	REFERENCIA INVERSA			☐		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

F. DIAGNOSTICO		PRE= PRESENTIVO	DEF=	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

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