

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		1410	HAGA		B	1305241976		1305241976	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
INTRIAGO		VERA		ANA		ISABEL	F	6/3/1968	56
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0980292283 0989138709					X			H ☐ D ☐ M ☐ A ☒	
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 resolutoria				
5. Problemas de infraestructura					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							
MANABI	CALCETA	CALCETA							

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

CUADRO CLÍNICO
 PACIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A LA EMERGENCIA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN TERCIO INFERIOR DE MUSLO IZQUIERDO SIN CAUSA APARENTE QUE EN OCASIONES LIMITA LA CAPACIDAD FUNCIONAL, QUE ADemás SE ACOMPAÑA DE PERIODOS DE EDEMA QUE CEDEN ESPONTANEAMENTE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS									
RX IMAGEN RADIO OPACA EN FORMA DE NUBOSIDAD EN TERCIO INFERIOR DE FEMUR IZQUIERDO									

E. DIAGNÓSTICO									
PRE-PRESUNTIVO		DEF-DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			
1. TUMOR BENIGNO DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR				D162	X				
2.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
2024-10-16	16:00	NELSON		BETANCOURT		RIVERO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELO					
0965000383				Dr. Nelson Alberto Betancourt Rivero					
				CIRUGÍA GENERAL					
				C.I.: 096000					
				REG. SENESCYT: CU-1512834					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	X	NO					

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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS									

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS									

F. DIAGNÓSTICO									
PRE-PRESUNTIVO		DEF-DEFINITIVO		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		SELO					