

| 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                     | HBAGA                    |                                  | B         | 1305262394                                               |                  | 1305262394        |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                    |                                | SEGUNDO APELLIDO         |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEXO                                                     | FECHA NACIMIENTO | EDAD              | CONDICIÓN DE SALUD |                                                                                                |     |     |  |  |
| CEDENO                                                                                                                                                                                                                                             |                                | PARRAGA                  |                          | EUGENIO                          |           | GREGORIO                                                 | M                | 1966-03-04        | 58                 | <div>CONDICIÓN DE SALUD</div> <div> <div>H</div> <div>D</div> <div>M</div> <div>A</div> </div> |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 0996618543-0939093769                                                                                                                                                                                                                              |                                |                          |                          | REFERENCIA                       |           | <input checked="" type="checkbox"/>                      |                  | DERIVACIÓN        |                    | <input type="checkbox"/>                                                                       |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          | 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 resolutoria.                     |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| PARROQUIA                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                          |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                          |                          | BOLIVAR                          |           | CALCETA                                                  |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA                                                                                                                                                                                            |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                                                                                                                                                                                            |                                | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                          | SERVICIO                         |           | ESPECIALIDAD                                             |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| MSP                                                                                                                                                                                                                                                |                                |                          |                          | CONSULTA EXTERNA                 |           | TRAUMATOLOGÍA                                            |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                      |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| MASCULINO E 58 AÑOS DE EDAD QUE ES REFERIDO A LA CONSULTA POR PRESENTAR IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR MOVIMIENTOS A DEDOS MEDIOS DE MABAS MANOS POR LO Q SE DECIDE REFERENCIA A SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA, ANTECEDENTES PERSONALES DE DIABETES TIPO II |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| E. DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                     |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| PRE = PRESUNTIVO<br>DEF = DEFINITIVO                                                                                                                                                                                                               |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                 | FIBROMATOSIS DE LA APONEUROSIS |                          |                          | CIE                              | PRE       | DEF                                                      |                  |                   |                    | CIE                                                                                            | PRE | DEF |  |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                          |                          | M768                             | X         |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                               |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                                                                                                                                                                                                                              |                                | HORA<br>(hh:mm)          |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | PRIMER APELLIDO                                          |                  | SEGUNDO APELLIDO  |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 24/09/2024                                                                                                                                                                                                                                         |                                | 11.30 a.m                |                          | NELSON                           |           | BETANCOURT                                               |                  | RIVERO            |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                              |                                |                          |                          | FIRMA                            |           |                                                          |                  | SELLO             |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 0960003283                                                                                                                                                                                                                                         |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN                                                                                                                                                                                                        |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| REFERENCIA 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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                  |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS                                                                                                                                                                                           |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| F. DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                     |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| PRE = PRESUNTIVO<br>DEF = DEFINITIVO                                                                                                                                                                                                               |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                          |                          | CIE                              | PRE       | DEF                                                      |                  |                   |                    | CIE                                                                                            | PRE | DEF |  |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE                                                                                                                                                            |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                               |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                                                                                                                                                                                                                              |                                | HORA<br>(hh:mm)          |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | PRIMER APELLIDO                                          |                  | SEGUNDO APELLIDO  |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                              |                                |                          |                          | FIRMA                            |           |                                                          |                  | SELLO             |                    |                                                                                                |     |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                          |                          |                                  |           |                                                          |                  |                   |                    |                                                                                                |     |     |  |  |