

FORMULARIO DE ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP			1135A		1305293142		1305293142	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAZ PARADA
Manello		Manello	Trinidad	Del Carme	M	1/1/1958	67	
Nº TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO		
0959445035						6. Problemas de abastecimiento. 7. Ineficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA						
Manabí	F. Alfaro	F. Alfaro						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		Consulta Externa	Tru miblogia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Tratamiento masculino, 67 años, acude a la emergencia por presentar dolor edematoso, rubor y eritema en articulación de muñeca, de mano izquierda posterior a 4 días de haberse caído de caballo estacionado 1+1/2 metro y medio de altura refiere haber acudido al hospital y se le ordena que acuda al hospital a realizarse radiografía

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Rx Fractura de Epifisis Inferior del Radio

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PIRE	DCP	CIE	PIRE
1	Fractura de la Epifisis inferior	S525		✓		
2	del Radio					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/10/07	11:10	Lisbeth	Domínguez	Lambruno
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		
1313404814		Dra. Lisbeth Domínguez L. MEDICO CIRUJANO Reg. SENESCYT 1408-2017-1641F77		

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	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	DEFINITIVO	CIE	PIRE	DCP	CIE	PIRE

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SELLO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		