

| DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                  |                            |                            |                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |   |   |   |
|----------------------------------------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   | TIPOLOGÍA                  | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |   |   |   |
| SP                                                       | 1314             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES | II                         | 1306202084                       | 1306202084        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                          | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE              | SEGUNDO NOMBRE             | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Tuarez                                                   | Silveira         | Belle                      | Esther                     |                                  | 01/12/1962        | 63                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                    |                  |                            |                            | REFERENCIA                       | DERIVACIÓN        | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |   |   |   |
| 0962680143                                               |                  |                            |                            | X                                |                   | 1. Accesibilidad geográfica<br>2. Falta de espacio físico<br>3. Falta de equipamiento<br>4. Equipos en mal estado<br>5. Problemas de infraestructura<br>6. Problemas de abastecimiento<br>7. Insuficiencia de profesionales<br>8. Inadecuada capacidad resolutoria<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                | CANTÓN           | PARROQUIA                  | LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL |                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |   |   |   |
| MANABI                                                   | Chone            | Segura                     |                            |                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |   |   |   |

| DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          |                  |              |
|------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                              | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                                                  | Hospital Napa de Napa    | Consulta Externa | Transmisión  |

| RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Paciente de 63 años de edad padece caída de su propia altura hace aproximadamente 5 días ocasionando dolor, edema, deformación en mano derecha posterior a caída, después acudió al hospital quien intentó calzar lazo, al momento no permite manipular el miembro por lo que acude a esta hora de salud.</p> |

| HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|----------------------------------------------------------------|
| <p>Por fractura de radio</p>                                   |

| DIAGNÓSTICO                            | PRE-PRESUNTIVO | DEF-DEFINITIVO | CIE   | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|----------------------------------------|----------------|----------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Fractura del extremo inferior de radio |                |                | S52.5 |     | 2.4 |     |     |     |

| DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE     |              |                                                                                                                                    |                 |
|---------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                                                                      | PRIMER APELLIDO |
| 04-03-2026                            | 11:00        | Andrea                                                                                                                             | Laz             |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                                                                              |                 |
| 1312713751                            |              | p. me laz                                                                                                                          |                 |
|                                       |              | SELLO<br><b>Dra: Andrea Laz S.</b><br><b>MÉDICO CIRUJANO</b><br><b>C.C.: 1212713751</b><br><b>Reg. Senescyt: 1009-2016-1745950</b> |                 |

| EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN  |    |                                             |                        |
|-------------------------------------------|----|---------------------------------------------|------------------------|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                    | SI | NO                                          | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |
|                                           |    |                                             | SI                     |
| CONTRAREFERENCIA <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA <input type="checkbox"/> |                        |

| 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 |
|                                                                             |           |                          |           |                                  |                   |

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

| RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |
|----------------------------|
|                            |

| HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|----------------------------------------------------------------|
|                                                                |

| TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |
|-------------------------------------------------------|
|                                                       |

| DIAGNÓSTICO | PRE-PRESUNTIVO | DEF-DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|-------------|----------------|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|             |                |                |     |     | 4.  |     |     |     |
|             |                |                |     |     | 5.  |     |     |     |
|             |                |                |     |     | 6.  |     |     |     |

| TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                      |

| DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE     |              |               |                 |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                 |
|                                       |              |               |                 |
|                                       |              | SELLO         |                 |

