

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												
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1306347236	1306347236												
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)										
ZAMBRANO	LOOR	OTY	SOLANDA	M	17/01/1969	57	H	D	M	A							
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO													
0996804945	MSP			6. Problemas de abastecimiento.													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	8. Inadecuada capacidad resolutoria														
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios														
				X													

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL CHONE	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGÍA

Paciente de 57 años de edad con antecedente de hipertensión arterial crónica, quien presenta cuadro clínico de aproximadamente 2 meses de evolución, posterior a caída desde su propia altura. Desde entonces refiere dolor de intensidad moderada a severa en hemicadera izquierda, asociado a marcha disbásica.

Refiere incremento del dolor tras permanecer inmóvil por periodos prolongados, presentando dolor intenso al inicio de la marcha, con predominio en la hemicadera izquierda. Además, manifiesta dolor óseo acompañado de sensación de alza térmica en la región afectada.

Se envía a unidad de mayor complejidad para valoración por especialidad, estudio diagnóstico y manejo integral.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Se realiza radiografía anteroposterior de cadera, en la cual se evidencia fractura del cuello anatómico del fémur izquierdo.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Fractura del cuello del fémur	S720	X				
2.						
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/02/2026		DENISSE	VELEZ	UTRERAS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313903682		DISTRITO DE SALUD 13D12 Dra. Denisse Vanina Velez Utreras MEDICINA GENERAL REG. SENESCYT-1009-2017-14813969		

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 DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	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	SELLO		