

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO												
MSP	1246	CS. TOSAGUA	C	1306498963													
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
SALAZAR	ZAMBRANO	MARÍA	VICTORIA	F 24/01/1949 75	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X				
H	D	M	A														
			X														
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN														
0989073577 / 0967400774	No se Encuentra	☒	☐														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO															
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td></td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td></td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td></td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td></td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td></td></tr><tr><td></td><td>X</td></tr></table>			1. Accesibilidad geográfica.		2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.		5. Problemas de infraestructura.			X
1. Accesibilidad geográfica.																	
2. Falta de espacio físico.																	
3. Falta de equipamiento.																	
4. Equipos en mal estado.																	
5. Problemas de infraestructura.																	
	X																
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	<table><tr><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td></td></tr><tr><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td></td></tr><tr><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td></td></tr><tr><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.</td><td>X</td></tr><tr><td>10.- FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.</td><td>X</td></tr></table>			6. Problemas de abastecimiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		8. Inadecuada capacidad resolutive		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	X	10.- FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.	X		
6. Problemas de abastecimiento.																	
7. Insuficiencia de profesionales.																	
8. Inadecuada capacidad resolutive																	
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	X																
10.- FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.	X																

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DAVILA"	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PTE. CON APP. DE HTA EN TTO. ACUDE POR AUMENTO DE VOLUMEN EN HOMBRO IZQUIERDO DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN SECUNDARIO A CAÍDA DE SUS PROPIOS PIES...

AL EX. FÍSICO SE CONSTATA DICHO AUMENTO DE VOLUMEN QUE IMPRESIONA LUXACIÓN ANTEROSUPERIOR NO REDUCIDA...

REQUIERE ESTUDIOS DE IMAGEN Y RE-EVALUACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO	S430		X	4			
2				5			
3				6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
07/06/2024	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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	TIPOLOGIA	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.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

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		