

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
PRIMER APELLIDO SOLIS		SEGUNDO APELLIDO MEZA		PRIMER NOMBRE JOSE		SEGUNDO NOMBRE REYES		SEXO M	FECHA NACIMIENTO 24/10/67	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica		2. Problemas de abastecimiento		3. Falta de espacio físico		4. Insuficiencia de profesionales		
PROVINCIA MANABI	CANTÓN T.A	PARROQUIA S.A	4. Equipos en mal estado		5. Problemas de infraestructura		8. Inadecuada capacidad resolutiva		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL CRONE	SERVICIO CONS. EXTERNO	ESPECIALIDAD TRAUMATOLOGIA
--------------------------------	--	---------------------------	-------------------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

De genitor hace unos años, se le fracturó la tibia por un accidente en la calle, actualmente presenta dolor y dificultad para caminar en la rodilla.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Rx femur de tibia fractura en rodilla.

DIAGNÓSTICO	PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
CUERPO EXTRAÑO RODILLA DERECHA					4.
					5.
					6.

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA 22/10/2014	HORA 10h	PRIMER NOMBRE RENAN A. CORTES	PRIMER APELLIDO CENTENO	SEGUNDO APELLIDO VELEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1306857903		FIRMA		SELLO

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

 CONTRAREFERENCIA ☐

 REFERENCIA INVERSA ☐
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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

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
					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	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO