

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	1410	HOSPITAL BASICO ANIBAL GONZALES ALAVA	II	1307761104	1307761104					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
FALCONES	VELEZ	LIVIA	NEULIA	F	20/02/1976	50	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O COMERCIAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO				
0992032586					X	6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.							
MANABI	BOLIVAR	CALCETA	5. Problemas de infraestructura.							

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		HOSPITALIZACIÓN	TRAUMATOLOGÍA

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD SIN APP LA CUAL ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR, EDEMA, DEFORMIDAD E INCAPACIDAD FUNCIONAL DE MUÑECA DERECHA SECUNDARIO A CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA (EN EL BAÑO). PACIENTE LA CUAL LLEGA CONCIENTE ORIENTADA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL, TRAE ESTUDIO DE RX EN DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA DE EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO. AL MOMENTO GLASGOW 15/15

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

: FRACTURA D ELA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO DERECHO

DIAGNÓSTICO	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO			S525		X	4.		
CAIDA EN EL MISMO NIVEL POR DESLIZAMIENTO, TROPEZON O TRASPIE			W010	X		5.		
						6.		

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
2026/05/14	8:30	JANETH	MASAPANTA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SEGUNDO APELLIDO	SELLO
1204015455	<i>Janeth Masapanta Zapata</i>	ZAPATA	

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

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 TERAPEÚTICOS 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	SEGUNDO APELLIDO	SELLO