

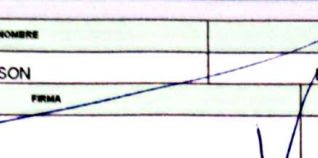
| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |  |                  |                                       |                                 |           |                                                         |                  |                   |                         |
|-------------------------------------------------------------|--|------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD              |                                 | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                        |                  | NÚMERO DE ARCHIVO |                         |
| MSP                                                         |  | 1410             | HOSPITAL BASICO ANIBAL GONZALES ALAVA |                                 | II        | 1308012705                                              |                  | 1308012705        |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                       | PRIMER NOMBRE                   |           | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD              | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| FRANCO                                                      |  |                  |                                       | CARMEN                          |           | M                                                       | 28/07/94         | 50                | H D M A                 |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                       | REFERENCIA                      |           | DERIVACIÓN                                              |                  |                   |                         |
| 997001934                                                   |  |                  |                                       | X                               |           |                                                         |                  |                   |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                                       | 1. Accesibilidad geográfica     |           | MOTIVO                                                  |                  |                   |                         |
| PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA                                  |  |                  |                                       | 2. Falta de espacio físico      |           | 6. Problemas de abastecimiento                          |                  |                   |                         |
| MANABI BOLIVAR CALCETA                                      |  |                  |                                       | 3. Falta de equipamiento        |           | 7. Insuficiencia de profesionales                       |                  |                   |                         |
|                                                             |  |                  |                                       | 4. Equipos en mal estado        |           | 8. Inadecuada capacidad resolutoria                     |                  |                   |                         |
|                                                             |  |                  |                                       | 5. Problemas de infraestructura |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |                   |                         |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |  |                          |  |
|---------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  |
| MSP                                                     |  | CONSULTA EXTERNA         |  |
|                                                         |  | ESPECIALIDAD             |  |
|                                                         |  | TRAUMATOLOGIA            |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD CON APP DE DIABETES MELLITUS INSULINOINDEPENDIENTE |  |
| QUE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO            |  |
| POR DOLOR, EDEMATIZACIÓN, LIMITACIÓN FUNCIONAL DE PIE IZQUIERDO POSTERIOR               |  |
| A CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA                                                          |  |
| SE REALIZA RX LA CUAL DE VISUALIZA LUXOFRATURA DEL TARSO IZQUIERDO                      |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| RX DE PIE CUAL DE VISUALIZA LUXOFRATURA DEL TARSO IZQUIERDO       |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                 | PRE* PRESUNTIVO | CIE  | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------|-----------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.             | FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO | DEF* DEFINITIVO | S923 |     | X   |     |     |     |
| 2.             |                                 |                 |      |     |     |     |     |     |
| 3.             |                                 |                 |      |     |     |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |                                                                                    |                 |                  |  |
|---------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                      | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 2025/01/29                            | 9:00         | NELSON                                                                             | BETANCOURT      | RIVERO           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                              |                 |                  |  |
| 96003283                              |              |  |                 |                  |  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |  |                    |    |    |
|---------------------------------------------|--|--|--------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  |  | SI                 | NO |    |
| DERIVACIÓN JUSTIFICADA                      |  |  | SI                 | X  | 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 | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                       |  |                          |                    |
|                                                                                       |  | DISTRITO                 |                    |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |  |
|-------------------------------|--|
|                               |  |
|                               |  |

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

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |  |
|----------------------------------------------------------|--|
|                                                          |  |
|                                                          |  |

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE* PRESUNTIVO | CIE | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.             |  | DEF* DEFINITIVO |     |     |     |     |     |     |
| 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            |  |
|                                       |              |               |                 |                  |  |