MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	C. S TOSAGUA	TIPO C	1308029246	1308029246

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
ZAMBRANO	VERA	OSCAR	RUBEN	M	10-12-1974	49				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0962554593 - 0984350605	NO

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	TOSAGUA	BACHILLERO

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.	
2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.	
3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva	X
4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	X
5. Problemas de infraestructura.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 49 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE HABER SUFRIDO ACCIDENTE LABORAL CARACTERIZADO POR QUEMADURAS ELECTRICAS EN AMBAS MANOS, PROVOCANDO AVULSION DE PIEL Y TENDONES DE MANOS, QUEDANDO CON SECUELAS EN AMBAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON PERDIDA DE LA FUERZA MUSCULAR, PERDIDA SENSORIAL Y LIMITACION DE MOVIMIENTOS EN LOS DEDOS. PRESENTA ANEXO 002 VENCIDO. SE SOLICITA VALORACION DE FISIATRA CON ELECTROMIOGRAFIA Y LLENADO DE ANEXO 002

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	SECUELAS DE OTRAS QUEMADURAS, CORROSIONES Y CONGELAMIENTOS ESPECIFICADOS	T958		X	4.			X	
2.	EFECTOS DE LA CORRIENTE ELECTRICA	T754		X	5.				
3.				X	6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024/09/12	10.20	Verny Danilo	Cedeño	Alvarado

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1312050659	Firmado electrónicamente por: VERNY DANILO CEDENO ALVARADO	MEDICO GENERAL – CALIFICADOR DE DISCAPACIDADES REG. SENESCYT: 1009-2017-1841439

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÒN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÒNJUSTIFICADA	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