

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	HBAGA		B	1308233400			1308233400			
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			SEXO		FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD			
BRAVO								1969-03-30	56	☒ H ☐ D ☐ M ☐ A			
0995076397-0962716889						REFERENCIA		☒		DERIVACIÓN			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						MOTIVO							
PROVINCIA: 13 CANTÓN: TOSAGUA PARROQUIA: GILER						1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 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			SERVICIO			ESPECIALIDAD				
MSP						CONSULTA EXTERNA			TRAUMATOLOGÍA				
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO													
PACIENTE FEMENINO CON CIRUGIA DE PERONE HACE 8 DIAS QUE ACUDE A CONSULTA PARA SOLICITAR REFERENCIA A SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE TRAUMATOLOGÍA													
E. DIAGNÓSTICO													
PRE- PRESENTIVO			CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF		
1. FRACTURA DE PERONE			S 824		X								
2.													
3.													
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE													
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE			PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO				
29/07/2025		9.00a.m	NELSON			BETANCOURT			RIVERO				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA			SELLO							
0960003283													
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			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- PRESENTIVO			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							