

| 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                                                         |  | 1413             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES |                              | II        | 1308370491                       |  |                                                         | 1308370491        |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                            | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| CHAVEZ                                                      |  | PAZ              |                            | RAUL                         |           | WILVERTO                         |  | M                                                       | 08/09/1975        | 50   | H                       | D | M | A |
|                                                             |  |                  |                            |                              |           |                                  |  |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                            | REFERENCIA                   |           | DERIVACIÓN                       |  |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |
| 967058706                                                   |  |                  |                            |                              |           |                                  |  |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                            | 1. Accesibilidad geográfica. |           |                                  |  | MOTIVO                                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |  | CANTÓN           |                            | PARROQUIA                    |           |                                  |  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                                      |  | FLAVIO ALFARO    |                            | FLAVIO ALFARO                |           |                                  |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |      |                         |   |   |   |
|                                                             |  |                  |                            |                              |           |                                  |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   |      |                         |   |   |   |
|                                                             |  |                  |                            |                              |           |                                  |  | 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  |  |
|                         |  |                          |  | CONSULTA EXTERNA |  | TRAUMATOLOGIA |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE RELEVACNCIA, ACUDE POSTERIOR A UNA SEMANA DE CAIDA DESDE 2 METROS DE ALTURA APROXIMADAMENTE SOBRE CEMENTO, POR DOLOR EN CADERA Y MUSLO DERECHO, SIN MANEJO MEDICO, ACUDE A SOBADOR, AL MOMENTO DE LA ATENCION ACUDE CAMINANDO CON MULETAS, SE REALIZA RADIOGRAFIA EN LA CUAL SE OBSERVA FRACTURA DEL PUBIS A NIVEL DEL AGUJERO OBTURADOR.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFIA DE PELVIS, FRACTURA DE PUBIS A NIVEL DE AGUJERO OBTURADOR.

| E. DIAGNÓSTICO |                           | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------|-----------------|-----------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| 1.             | FRACTURA DEL PUBIS        |                 |                 | S325 |     | X   | 4. |  |     |     |     |
| 2.             | CAIDA DESDE LUGAR ELEVADO |                 |                 | Y300 |     | X   | 5. |  |     |     |     |
| 3.             |                           |                 |                 |      |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 2026/06/15                            | 8:00         | TAYNOVA       |  | SILVA           |  | ZAMBRANO         |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
| 1312582487                            |              |               |  |                 |  |                  |  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |  |    |  |    |  |                        |  |    |  |    |  |
|------------------------|--|----|--|----|--|------------------------|--|----|--|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA |  | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  | 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            |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |

