



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Distrital 13D07 Chone - Flavio Alfaro Salud

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
Figueras		Zumbano		Heidi Isabel		07 12 1976			47	M
						día mes año			d-m-a	M-F
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio			N° Telefónico	
Ecuatoriana	Ecuador	1308773330	Manabí	Chone	Boyaca	Quarros Aires			0992244108	
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria			Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área			
HSP		Centro de Salud Boyacá	A	13D07			
Refiere o Deriva a:						Fecha	
HSP	Hospital General de Chone	Consulta Externa	Traumatología	21	11	2024	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria 1 ☒
Ausencia temporal del profesio 2 ☐
Falta de profesional 3 ☐

Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Otros /Especifique: 5 ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente que acude a consulta nos refiere que ella presenta en el mes de Octubre un accidente en un bus interprovincial el cual le provocó varios lesiones acude ahora por presentar intenso dolor en zona cervical se realiza tomografía donde se evidencian fractura cervical a nivel C2 por lo que

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

requiere valoración.

5. Diagnóstico

1	Fractura de la Segunda Vertebra Cervical	CIE-10	PRE	DEF
2		S12.1		

Nombre del profesional:

Dra. Gabriela Baquerizo T

Código MSP:

Dra. Gabriela Baquerizo
Esp. Medicina Familiar
CP. 1720252541

Firma

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio	
Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha	
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: