

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1246

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

C. S TOSAGUA

TIPOLOGIA

TIPO C

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1309007415

NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO

CEDENO

SEGUNDO APELLIDO

BERMUDEZ

PRIMER NOMBRE

JOSE

SEGUNDO NOMBRE

ANTONIO

SEXO

H

FECHA NACIMIENTO

10/09/1976

EDAD

49

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0958993572

TIPO DE COBERTURA

SI. GENERAL

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN

MOTIVO

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 resolutive

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

X

X

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

TOSAGUA

PARROQUIA

TOSAGUA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA

SERVICIO

C. EXTERNA

ESPECIALIDAD

TRAUMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FAMILIAR DE PACIENTE SOLICITA REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO POSTQX, AL SER INTERVENIDO POR FRACTURA DE PERONÉ EL 15 DE DICIEMBRE (ARTROTOMIA DE TOBILLO MAS SINOVECTOMIA), REFIERE LEVE DOLOR EN SITIO QX. AFEBRIL., AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1.

FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

S824

X

4.

2.

X

5.

3.

6.

FECHA (aaaa-mm-dd)

2026/01/06

HORA (hh:mm)

16:00

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
REG. SENESCYT:

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA

SI

NO

DERIVACIÓNJUSTIFICADA

SI

NO

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

UNICÓDIGO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

TIPOLOGIA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

NÚMERO DE ARCHIVO

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

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

FECHA (aaaa-mm-dd)

HORA (hh:mm)

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA