

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		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
Cortés		Almeida		Dra. S.		Verónica		F	30/10/81
D. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
09 80286204								H O M A X	
PROVINCIA		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO	
Manabí		Flaco Alto		Flaco Alto		Flaco Alto		☐ 6. Problemas de sostentamiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva. ☒ 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
		Consultar Externa	Neumología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 43 años de edad que refiere desde hace 3 días dolor, hinchazón y en radiografía se evidencia fractura de la epífisis del radio.

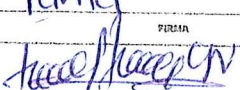
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Fractura cerrada no desplazada de epífisis interna del radio.

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRIMARIO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRD	DEF
Fractura de epífisis interna del radio	SS25			X

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd/mm/aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
21/02/2026	13:00	Tania	Tamayo	Tamayo
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Firma		
1722309398				

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	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 (dd/mm/aa)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRIMARIO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRD	DEF

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd/mm/aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Firma		