

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	1309800082			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
Cedeno		Cedeno		Marta		Leticia		F	42
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
0984373777					X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			☐ 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 resolutiva. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				
Morona	F.A.	F.A.			☒ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 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
MSP	Hospital Cedeno	E. exta	Neurología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 42 años de edad refiere dolor a nivel de cadera y zona posterior a cantos por motociclista en carretera HACE 2 meses con presencia de masa molesta en Abdomen Gluteo Lado Derecho DPP Alengra posterior no refiere HTA ni DA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Placa Radiográfica

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Traumatismo no especificado	S399					
2. Región lumbosacra y pelvis						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
0912634516		[Firma]	Dr. Juan Cedeno Flores CLÍNICO EMERGENCIAS FOLIO: 2-144-144 RCP: 524 N 528.0	

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 (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

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	