

# HOSPITAL BASICO PEDERNALES DR. FRANCISCO VASQUEZ BALDA

| 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                                                         |                  | 73641      | HOSPITAL BASICO DR. FRANCISCO VASQUEZ BALDA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 73641                               | 1310163686                       |                  | 1310163686        |                                                                                                             |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO |            | PRIMER NOMBRE                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SEGUNDO NOMBRE                      | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO | EDAD              | CONDICIÓN EDA (MARCAR)                                                                                      |
| ZAMBRANO                                                    | MERA             |            | YESICA                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ESPERANZA                           | MUJER                            | 28/02/1981       | 44                | H <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | REFERENCIA                          | DERIVACIÓN                       |                  |                   |                                                                                                             |
| 0994808515 - 0995980 9761                                   |                  |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |                  |                   |                                                                                                             |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | MOTIVO                              |                                  |                  |                   |                                                                                                             |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA  |                                             | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutoria.<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                     |                                  |                  |                   |                                                                                                             |
| MANABI                                                      | PEDERNALES       | PEDERNALES |                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                             |                                     |                                  |                  |                   |                                                                                                             |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                            |                  |               |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|---------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   | SERVICIO         | ESPECIALIDAD  |
| MSP                                                     | HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR | CONSULTA EXTERNA | TRAUMATOLOGIA |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE HACE 4 MESES PRESENTA TUMORACION DE ASPECTO DURA, NO MOVIL, NO RUBOR, NO CALOR. DE APROXIMADAMENTE 2 CM DE DIAMETRO EN LA PARTE DORSAL DE LA MUÑECA, CERCA DE LA ARTICULACION DEL RADIO Y DEL CUBITO DE LA MANO DERECHA, REFIERE QUE HACE DOS MESES YA IMPOSIBILITA SUS QUEHACERES DIARIOS POR DOLOR E IMPOSIBILIDAD AL GIRAR LA MUÑECA QUE SE IRRADIA HASTA EL CODO, REFIERE QUE LE DA SENSACION DE CORRIENTAZOS AL MOMENTO DE COJER OBJETOS CON ESA MANO, SE VISUALIZA LEVE INFALAMACION EN EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA HASTA NIVEL DE ARTICULACION DEL CODO, PACIENTE AL MOMENTO AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO.</p> |  |

| HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS:                                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>RX DE MUÑECA DERECHA FECHA 23/02/25: SIN ALTERACION OSEA - LABORATORIOS FECHA: 11/02/25 GR: 4.26 - HB: 13.4 - HTO: 38.8 - PLAQUETAS: 245,000 - GB: 4.31 -NEUTROFILOS: 39,7 -SIFILIS NEGATIVA - HIV NEGATIVA</p> |  |

| E. DIAGNÓSTICO  |                 |
|-----------------|-----------------|
| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO |
| 1. GANGLION     | M674            |
| 2.              |                 |
| 3.              |                 |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                  |
|---------------------------------------|------------------|
| HORA (hr:mm)                          | PRIMER NOMBRE    |
| 2025/03/13 15:00                      | YOSVEL           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PRIMER APELLIDO  |
| 0963298146                            | DOMINGUEZ        |
|                                       | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       | CREO             |

| G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION             |                                                         |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                                  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA                                  |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| CONTRAREFERENCIA                                        | REFERENCIA INVERSA                                      |
| <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>                                |

| 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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                   |  |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |  |
|----------------------------------------------------------|--|
|                                                          |  |

| F. DIAGNÓSTICO  |                 |
|-----------------|-----------------|
| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO |
| 1.              |                 |
| 2.              |                 |
| 3.              |                 |

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

| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hr:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO |
| 26/10/2023                            |              |               |                 |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |
|                                       |              |               |                 |