

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1310219918		1310219918	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO	EDAD	H D M A	
INTRIAGO		MENDOZA		SILVIA		EUGENIA	F	1982-04-24	43
0980566790-0990361993				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento		X	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales			
13	BOLIVAR	CALCETA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria			
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
				5. Problemas de infraestructura					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINO DE 43 AÑOS DE EDAD CON CIRUGÍA DE HUMERO DERECHO POR FRACTURA POSTERIOR A CAÍDA QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLORES E INFLAMACIÓN DEL BRAZO MAS SALIDA DE MATERIAL SEROSO POR TEJIDOS BLANDOS

RX. SEUDOARTROSIS DE FRACTURA DE HUMERO

E. DIAGNÓSTICO				PRE-PRESUNTIVO DEL DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	falta de consolidación de fractura (seudoartrosis)				m841		X			
2.	OTRAS OSTEOMELITIS CRÓNICAS						X			
3.										

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
21/11/2025	9.00a.m	NELSON	BETANCOURT	RIVERO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
0960003283				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/ DERIVACIÓN												
REFERENCIA JUSTIFICADA					SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	X	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 DEL 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									

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