

|                                      |  |                          |                            |               |    |                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                                   |                  |
|--------------------------------------|--|--------------------------|----------------------------|---------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO  |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                            | TIPOLOGIA     |    | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA UNICA                                                                                                                |            | NÚMERO DE ARCHIVO                                                                                                                                                 |                  |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA              |  | UNICODIGO                | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES |               | II |                                                                                                                                                 | 1340252692 |                                                                                                                                                                   |                  |
| MSP                                  |  | 1314                     |                            |               |    |                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                                   |                  |
| PRIMER APELLIDO                      |  | SEGUNDO APELLIDO         |                            | PRIMER NOMBRE |    | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                  |            | SEXO                                                                                                                                                              | FECHA NACIMIENTO |
| Reyesone                             |  | Combarme                 |                            | Moris         |    | Fernande                                                                                                                                        |            | M                                                                                                                                                                 | 5/17/52          |
| No TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | 0969445708               |                            | REFERENCIA    |    | DERIVACIÓN                                                                                                                                      |            | 1973                                                                                                                                                              |                  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL           |  | CANTON                   |                            | PARROQUIA     |    | MOTIVO                                                                                                                                          |            |                                                                                                                                                                   |                  |
| MANABI                               |  | El Cajas                 |                            | Albarr        |    | 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 |            | 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 |                  |

| DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          | SERVICIO         | ESPECIALIDAD  |
|------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|---------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                              | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | consulta externa | traumatología |

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Topiente masculino de 52 años con herida por trote de pntibrazo  
37 años, se recibió rodillo rojo con fractura de  
pubis izquierdo. No complicación por  
trauma torácico. Sucesos vitales estables.

| HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS                                                                                                                                               |            |            |        |     |     |                |                    |  |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|--------|-----|-----|----------------|--------------------|--|--------|
| <div style="text-align: center;">   </div> |            |            |        |     |     |                |                    |  |        |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                  | PRE*       | DEF*       | CE     | PRE | DEF |                |                    |  |        |
|                                                                                                                                                                                                              | PRESUNTIVO | DEFINITIVO |        |     |     |                |                    |  |        |
| fractura de<br>cúbito                                                                                                                                                                                        |            |            | \$52.2 |     | X   | A.<br>B.<br>C. | fractura de cúbito |  | \$52.2 |

| DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE     |                 | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO               |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------------------|
| FECHA<br>(aaaa/mm/dd)                 | HORA<br>(hh:mm) |               |                 |                                |
| 17/11/2025                            |                 | Rómulo        | Muñoz           | Hospital Básico San Andrés     |
| NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | FIRMA           |               |                 | Dr. Rómulo Muñoz Morera        |
| 1319029369                            | Rómulo Muñoz    |               |                 | Medicina General               |
|                                       |                 |               |                 | 1312022369                     |
|                                       |                 |               |                 | Nº Registro: 1006-2017-1855270 |

| EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACION  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|--|--|--|--|---------------------------------------------|--|--|--|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                    |  |  |  |  | DERIVACION JUSTIFICADA                      |  |  |  |  |
| SI                                        |  |  |  |  | NO                                          |  |  |  |  |
| CONTRAREFERENCIA <input type="checkbox"/> |  |  |  |  | REFERENCIA INVERSA <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |

| DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |                                  |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                     | UNICODIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                                                                             |           |                          |           |                                  |                   |

| DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                            | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                    |                          |          |                    |

RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

ENCUENTRO DE LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

| DIAGNOSTICO | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | CIE |
|-------------|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|
|             |                 |                 |     |     |     |     |
|             |                 |                 |     |     |     |     |
|             |                 |                 |     |     |     |     |
|             |                 |                 |     |     |     |     |
|             |                 |                 |     |     |     |     |

**RATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE**

\_\_\_\_\_

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 |  | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|--|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |  |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |