

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: **MSP** UNICÓDIGO: **1113** ESTABLECIMIENTO DE SALUD: **HIPSA** TIPOLOGÍA: **B** NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA: **1310303159** NÚMERO DE ARCHIVO:

PRIMER APELLIDO: **Alvarado** SEGUNDO APELLIDO: **Olmeco** PRIMER NOMBRE: **Olando** SEGUNDO NOMBRE: **Bernardo** SEXO: **M** FECHA NACIMIENTO: **2/11/81** EDAD: **43** CONDICIÓN EDAD (AÑOS): **X**

NÚMERO TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): **0980982954** LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: **Marichán** CANTÓN: **Flaco Alto** PARROQUIA: **Flaco Alto**

REFERENCIA: DERIVACIÓN: MOTIVO:

1. Accesibilidad geográfica ☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐
 2. Falta de espacio físico ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐
 3. Falta de equipamiento ☐ 8. Insuficiencia capacidad resolutiva ☐
 4. Equipos en mal estado ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios ☒
 5. Problemas de infraestructura ☐

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: **MSP** ESTABLECIMIENTO DE SALUD: **Consulta Externa** SERVICIO: **Neumología** ESPECIALIDAD:

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 43 años de edad que se refiere dolor, contusión en la parte del pie con un día de evolución con dolor, edema, un poco de rubor, que al caminar le dificulta un poco el movimiento.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

No se realizó fractura, pero si con un poco de dificultad para colocar el pie en el momento de pisar, el suelo ocasiona otro movimiento.

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRINCIPAL	DEF. DEFINITIVO	CS	PR	DEF
Contusión de los pies el pie y los pies				X
no especificadas				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA: **26/08/2015** HORA: **08:15** PRIMER NOMBRE: **Tania** PRIMER APELLIDO: **Terreros** SEGUNDO APELLIDO: **Alvarado**

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **1722309398** FIRMA: **[Firma]** SELLO: **Dra. Tania Terreros MEDICO GENERAL CI. 1722309398**

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA: ☐ SI ☒ NO DERIVACIÓN JUSTIFICADA: ☐ SI ☒ NO

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-PRINCIPAL	DEF. DEFINITIVO	CS	PR	DEF

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA: HORA: PRIMER NOMBRE: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: FIRMA: SELLO: