

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                                   |                  | 1413          | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES | II                               | 1310448947                          |                                                         |      |                          |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE |                            | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                                | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)  |   |   |   |
| MACIAS                                | GANCHOSO         | JOSE          |                            | JAVIER                           | M                                   |                                                         | 46   | H                        | D | M | A |
|                                       |                  |               |                            |                                  |                                     |                                                         |      |                          |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |               |                            | REFERENCIA                       | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN                                              |      | <input type="checkbox"/> |   |   |   |
| 0-995947384                           |                  |               |                            |                                  |                                     |                                                         |      |                          |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |               |                            |                                  |                                     |                                                         |      |                          |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA     |                            |                                  |                                     |                                                         |      |                          |   |   |   |
| MANABI                                | TOSAGUA          | TOSAGUA       |                            |                                  |                                     |                                                         |      |                          |   |   |   |
|                                       |                  |               |                            | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                     |                                                         |      |                          |   |   |   |
|                                       |                  |               |                            | 2. Falta de espacio físico.      |                                     |                                                         |      |                          |   |   |   |
|                                       |                  |               |                            | 3. Falta de equipamiento.        |                                     |                                                         |      |                          |   |   |   |
|                                       |                  |               |                            | 4. Equipos en mal estado.        |                                     |                                                         |      |                          |   |   |   |
|                                       |                  |               |                            | 5. Problemas de infraestructura. |                                     |                                                         |      |                          |   |   |   |
|                                       |                  |               |                            |                                  |                                     | MOTIVO                                                  |      |                          |   |   |   |
|                                       |                  |               |                            |                                  |                                     | 6. Problemas de abastecimiento.                         |      |                          |   |   |   |
|                                       |                  |               |                            |                                  |                                     | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |      |                          |   |   |   |
|                                       |                  |               |                            |                                  |                                     | 8. Inadecuada capacidad resolutoria                     |      |                          |   |   |   |
|                                       |                  |               |                            |                                  |                                     | 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                     |                          | CONSULTA EXTERNA | TRAUMATOLOGÍA |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SEXO DE MASCULINO APP HTA ESCOLIOSIS NO ESPECIFICADA. ACUDE POR PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBAR Y DIFICULTAD PARA CAMINAR DE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN SIN CAUSA APARENTE , LA CUAL REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD . AL EXÁMEN FÍSICO CABEZA NORMAL CUELLO S/P SIN ADENOPATÍAS TORAX CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN : DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES. EXTREMIDADES . SP SIMETRICAS SIN EDEMAS. SIGNOS VITALES: P/A 120/80 MMHG T°36 SAT95% FC74X RESPIRACIÓN 18X GLASGOW 15/15.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |       |     |     |    |  |     |     |     |
|------------------------------------|-------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE   | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
| 1. ESCOLIOSIS NO ESPECIFICADA      | M41.9 |     | X   | 4. |  |     |     |     |
| 2.                                 |       |     |     | 5. |  |     |     |     |
| 3.                                 |       |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                          |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm)          | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       | 8am                      | RÓMULO        | MUÑOZ           | MOREIRA          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA                    |               |                 |                  |
| 1312022369                            | Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA |               |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |                          |                        |    |                          |
|------------------------|----|--------------------------|------------------------|----|--------------------------|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO                       | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO                       |
| CONTRAREFERENCIA       |    | <input type="checkbox"/> | REFERENCIA INVERSA     |    | <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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|                                    |     |     |     |    |  |     |     |     |
|------------------------------------|-----|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |