

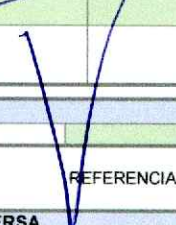
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																																	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO																									
MSP		1410	HHBAGA		II	1310877251		1310877251																									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD																								
ZAMBRANO		ALESCANO		JUAN		ROLANDO	H	25/02/1982	44																								
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																									
0988149681 1049 46 86666					☒	☐		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>		H	D	M	A				X																
H	D	M	A																														
			X																														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO																												
<table border="1"> <tr> <td>PROVINCIA</td> <td>CANTÓN</td> <td>PARROQUIA</td> </tr> <tr> <td>MANABI</td> <td>BOLIVAR</td> <td>CALCETA</td> </tr> </table>					PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	<table border="1"> <tr> <td>1. Accesibilidad geográfica.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>2. Falta de espacio físico.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>3. Falta de equipamiento.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>4. Equipos en mal estado.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>5. Problemas de infraestructura.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>6. Problemas de abastecimiento.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>7. Insuficiencia de profesionales.</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>8. Inadecuada capacidad resolutiva.</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.</td> <td>☒</td> </tr> </table>					1. Accesibilidad geográfica.	☐	2. Falta de espacio físico.	☐	3. Falta de equipamiento.	☐	4. Equipos en mal estado.	☐	5. Problemas de infraestructura.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☒	8. Inadecuada capacidad resolutiva.	☒	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	☒
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																															
MANABI	BOLIVAR	CALCETA																															
1. Accesibilidad geográfica.	☐																																
2. Falta de espacio físico.	☐																																
3. Falta de equipamiento.	☐																																
4. Equipos en mal estado.	☐																																
5. Problemas de infraestructura.	☐																																
6. Problemas de abastecimiento.	☐																																
7. Insuficiencia de profesionales.	☒																																
8. Inadecuada capacidad resolutiva.	☒																																
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
			CONSULTA EXTERNA
			ESPECIALIDAD
			TRAUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 44 AÑOS DE EDAD CON APP: CIRUGIA ORTOPEDICA POR FRACTURA DE FEMUR/TIBIA/PERONE LADO IZQUIERDO, PACIENTE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE VARIOS DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR RUBINCUDEZ, EDEMA, CALOR, SIGNOS DE INFECCION EN DICHO MIEMBRO ANTES MENSIONADO, PACIENTE CONCIENTE ORIENTADO ALESTA, GW: 15/15 SIGNOS VITALES. PA: 116/66 FC: 85 FR: 20 SATO: 98% TEMPERATURA: 36.7

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
GB: 6.2 SEG: 83.2 GR: 3.96 HGB: 12.1 HCT: 36.5 PLAQUETAS: 396,000

E. DIAGNÓSTICO																				
<table border="1"> <tr> <th>PRE-PRESUNTIVO</th> <th>DEF. DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> <tr> <td>1. INFECC.Y REACC.INFLAMAT.DEB.OTROS DISPOSITIVOS PROTES., IMPLANTES E</td> <td>T847</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. MUERTOS OTROS DE INTERIORES</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	1. INFECC.Y REACC.INFLAMAT.DEB.OTROS DISPOSITIVOS PROTES., IMPLANTES E	T847	X			2. MUERTOS OTROS DE INTERIORES					3.				
PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF																
1. INFECC.Y REACC.INFLAMAT.DEB.OTROS DISPOSITIVOS PROTES., IMPLANTES E	T847	X																		
2. MUERTOS OTROS DE INTERIORES																				
3.																				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
2026/07/10	8:00	NELSON	BETANCOURT	RIVERO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			
					
Dr. Nelson Alberto Betancourt Rivero Espec. Medicina General Integral CÓPIA CENEPAL					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN							
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	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		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																				
<table border="1"> <tr> <th>PRE-PRESUNTIVO</th> <th>DEF. DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	1.					2.					3.				
PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF																
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 (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	