

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1413	Hospital Fhuera alamo		1312540006	131254000
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Mendoza	Velazquez	Catal	Alfredo	M	10/21/94
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO
0981763351					☐ 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 resolutoria. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.
PROVINCIA	CANTÓN	PARRQUIA			
Morona	Fhuera alamo	Fhuera alamo			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		Consulta externa	Ortomatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino 32 años, refiere por emergencia su fractura externa, dolor en mano derecha, fractura a splata minto con tango de gas. fue bien. llega hoy 27/08/2025 se le realiza rx 2 proyecciones mano- muñeca mostrando fractura ste meta carpio decho.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

27/08/2025 RX mano Abdom 2 proyecciones. Fractura ste meta carpio lateralmente desplazado.

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRINCIPAL	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE
1. Fractura ste meta carpio		S623							
2. mano derecha									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-25	12:00 pm	Dr. Xavier	Torales	Rojas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMA			
1309899001	Dr. Xavier Torales Rojas			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	REFERENCIA INVERSA	SI	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 (año-mes-día)
-------------------------	--------------------------	----------	---------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRINCIPAL	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE
1.									
2.									
3.									

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMA	CELLO		

