

## 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 Base Planicie   |                                                                                                                                                                          | 1313733584                       | 1313733584        |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                           | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  |
| Menillo                               | Domínguez        | Jose                     | Maximiliano H                                                                                                                                                            |                                  | 22                |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA               | DERIVACIÓN                                                                                                                                                               | CONDICIÓN EDAD (H D M)           |                   |
| 0968063761                            |                  | Q                        |                                                                                                                                                                          | X                                |                   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                | MOTIVO                                                                                                                                                                   |                                  |                   |
| Manabí                                | Planicie         |                          | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva.<br>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 |
|                         |                          | Consulta externa | Tramología   |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 22 años que hace 9 días sufre traumatismo por caída desde altura, luego de lo cual presenta dolor moderado, edema y dificultad a la marcha en pie izquierdo, por 3 días (18/10/2025) refiere ir a su trabajo.

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX 14/10/2025 Fractura de base de craneo lateral izquierdo.

## E. DIAGNÓSTICO

| PRE-PRESUNTIVO                | DEF-DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | CIE | PRE |
|-------------------------------|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Fractura del craneo solamente | 8844           |     | X   |     |     |     |
| Edema                         |                |     |     |     |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                               |                                                                                                                            |                 |                  |
|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA (año-mes-día)                   | HORA (hh:mm)                  | PRIMER NOMBRE                                                                                                              | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-10-20                            | 14h00                         | Dr. Xavier                                                                                                                 | Toala           | Reyes            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA                         | SELLO                                                                                                                      |                 |                  |
| 1309899001                            | <i>Dr. Xavier Toala Reyes</i> | Dr. Xavier Toala Reyes<br>MEDICINA Y CIRUGÍA<br>REG. MSP L-1141 No. 3329<br>REG. SENEST: 1016-07-730762<br>CEL: 0983056966 |                 |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

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

## 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-PRESUNTIVO | DEF-DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | CIE | PRE |
|----------------|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|
|                |                |     |     |     |     |     |
|                |                |     |     |     |     |     |
|                |                |     |     |     |     |     |

## 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 |
|---------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|



#### 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   |      |                       |
|---------------------------------------|--------|------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|---------------------|------|-----------------------|
| PRIMER APELLIDO                       |        | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                             |           | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                   |  | SEXO | FECHA<br>NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD<br>H D |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |        |                  |                          | REFERENCIA                                                                                                                                                |           | DERIVACIÓN                                                                                                                                                                       |  |      |                     |      |                       |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |        |                  |                          | 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. |           | MOTIVO<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |  |      |                     |      |                       |
| PROVINCIA                             | CANTÓN | PARROQUIA        |                          |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                                                                  |  |      |                     |      |                       |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

| INSTITUCION DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO | ESPECIALIDAD |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------|
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------|

### C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

```

1  #!/usr/bin/perl
2
3  use strict;
4  use warnings;
5
6  my $script = $0;
7  my $version = "1.0.0";
8
9  my $help = "
10  Usage: perl $script [options]
11
12  Options:
13  -h, --help            Display this help message
14  -v, --version          Display the version number
15  -f, --file FILE        Input file
16  -o, --output FILE      Output file
17  -d, --debug            Enable debug mode
18  -s, --size SIZE        File size limit
19  -t, --timeout TIME     Timeout in seconds
20  -m, --mode MODE        Operation mode
21  -c, --config FILE      Configuration file
22  -e, --exec EXEC        Executable path
23  -p, --port PORT        Port number
24  -u, --url URL           URL
25  -a, --auth AUTH        Authentication
26  -k, --key KEY           API key
27  -s, --secret SECRET     Secret key
28  -i, --id ID             Identifier
29  -n, --name NAME         Name
30  -e, --email EMAIL       Email
31  -p, --password PASSWORD Password
32  -c, --cert CERT         Certificate
33  -k, --key KEY           Private key
34  -s, --ssl SSL           SSL options
35  -t, --tls TLS           TLS options
36  -m, --mTLS mTLS         mTLS options
37  -a, --authn AUTHN       Authentication
38  -a, --authz AUTHZ       Authorization
39  -a, --acct AUTHN         Account
40  -a, --acct AUTHZ         Account
41  -a, --acct AUTHN         Account
42  -a, --acct AUTHZ         Account
43  -a, --acct AUTHN         Account
44  -a, --acct AUTHZ         Account
45  -a, --acct AUTHN         Account
46  -a, --acct AUTHZ         Account
47  -a, --acct AUTHN         Account
48  -a, --acct AUTHZ         Account
49  -a, --acct AUTHN         Account
50  -a, --acct AUTHZ         Account
51  -a, --acct AUTHN         Account
52  -a, --acct AUTHZ         Account
53  -a, --acct AUTHN         Account
54  -a, --acct AUTHZ         Account
55  -a, --acct AUTHN         Account
56  -a, --acct AUTHZ         Account
57  -a, --acct AUTHN         Account
58  -a, --acct AUTHZ         Account
59  -a, --acct AUTHN         Account
60  -a, --acct AUTHZ         Account
61  -a, --acct AUTHN         Account
62  -a, --acct AUTHZ         Account
63  -a, --acct AUTHN         Account
64  -a, --acct AUTHZ         Account
65  -a, --acct AUTHN         Account
66  -a, --acct AUTHZ         Account
67  -a, --acct AUTHN         Account
68  -a, --acct AUTHZ         Account
69  -a, --acct AUTHN         Account
70  -a, --acct AUTHZ         Account
71  -a, --acct AUTHN         Account
72  -a, --acct AUTHZ         Account
73  -a, --acct AUTHN         Account
74  -a, --acct AUTHZ         Account
75  -a, --acct AUTHN         Account
76  -a, --acct AUTHZ         Account
77  -a, --acct AUTHN         Account
78  -a, --acct AUTHZ         Account
79  -a, --acct AUTHN         Account
80  -a, --acct AUTHZ         Account
81  -a, --acct AUTHN         Account
82  -a, --acct AUTHZ         Account
83  -a, --acct AUTHN         Account
84  -a, --acct AUTHZ         Account
85  -a, --acct AUTHN         Account
86  -a, --acct AUTHZ         Account
87  -a, --acct AUTHN         Account
88  -a, --acct AUTHZ         Account
89  -a, --acct AUTHN         Account
90  -a, --acct AUTHZ         Account
91  -a, --acct AUTHN         Account
92  -a, --acct AUTHZ         Account
93  -a, --acct AUTHN         Account
94  -a, --acct AUTHZ         Account
95  -a, --acct AUTHN         Account
96  -a, --acct AUTHZ         Account
97  -a, --acct AUTHN         Account
98  -a, --acct AUTHZ         Account
99  -a, --acct AUTHN         Account
100 -a, --acct AUTHZ         Account

```

#### D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

[1](#)
[2](#)
[3](#)
[4](#)
[5](#)
[6](#)
[7](#)
[8](#)
[9](#)
[10](#)
[11](#)
[12](#)
[13](#)
[14](#)
[15](#)
[16](#)
[17](#)
[18](#)
[19](#)
[20](#)
[21](#)
[22](#)
[23](#)
[24](#)
[25](#)
[26](#)
[27](#)
[28](#)
[29](#)
[30](#)
[31](#)
[32](#)
[33](#)
[34](#)
[35](#)
[36](#)
[37](#)
[38](#)
[39](#)
[40](#)
[41](#)
[42](#)
[43](#)
[44](#)
[45](#)
[46](#)
[47](#)
[48](#)
[49](#)
[50](#)
[51](#)
[52](#)
[53](#)
[54](#)
[55](#)
[56](#)
[57](#)
[58](#)
[59](#)
[60](#)
[61](#)
[62](#)
[63](#)
[64](#)
[65](#)
[66](#)
[67](#)
[68](#)
[69](#)
[70](#)
[71](#)
[72](#)
[73](#)
[74](#)
[75](#)
[76](#)
[77](#)
[78](#)
[79](#)
[80](#)
[81](#)
[82](#)
[83](#)
[84](#)
[85](#)
[86](#)
[87](#)
[88](#)
[89](#)
[90](#)
[91](#)
[92](#)
[93](#)
[94](#)
[95](#)
[96](#)
[97](#)
[98](#)
[99](#)
[100](#)

## E. DIAGNÓSTICO

| E. DIAGNOSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | CIE |
|----------------|--|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                 |                 |     |     | 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 |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                               |           |           |                               |           |           |
|-------------------------------|-----------|-----------|-------------------------------|-----------|-----------|
| <b>REFERENCIA JUSTIFICADA</b> | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> | <b>DERIVACIÓN JUSTIFICADA</b> | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| <b>CONTRAREFERENCIA</b>       |           |           | <b>REFERENCIA INVERSA</b>     |           |           |

**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

1. The first part of the document is a list of references. The references are listed in a standard format, including the author's name, the title of the work, and the publication information. The references are as follows:

#### D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

1. The first step in the process of identifying a problem is to define the problem. This involves identifying the symptoms of the problem and determining the scope of the problem. Once the problem has been defined, the next step is to identify the causes of the problem. This involves identifying the factors that are contributing to the problem and determining the root cause of the problem. Once the causes of the problem have been identified, the next step is to develop a plan to address the problem. This involves identifying the actions that need to be taken to address the problem and determining the resources that will be needed to implement the plan. Once a plan has been developed, the next step is to implement the plan. This involves carrying out the actions that have been identified in the plan and monitoring the progress of the implementation. Finally, the last step in the process is to evaluate the results of the implementation. This involves determining whether the problem has been solved and whether the resources have been used effectively.

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

## F. DIAGNÓSTICO

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE* PRESUNTIVO | DEF* DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | CIE |
|----------------|--|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                 |                 |     |     | 4.  |     |
| 2.             |  |                 |                 |     |     | 5.  |     |
| 3.             |  |                 |                 |     |     | 5.  |     |

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

[illegible]

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(dd-mm-aa) | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
|---------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|