

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		1248	CS CHONE	C	1313912642		1313912642						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		DELGADO		MATHIUS		SANTIAGO	M	7/8/2008	16	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	N						
963259915													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.				
MANABI		CHONE		CHONE		3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive		X		
						4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
						5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA GENERAL

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS SIN PATOLOGIAS DE BASE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU ABUELO PARA REALIZAR EXAMEN MEDICO CONTROL REFIERE CUADRO CLINICO DE 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DIFICULTAD EN LA MOVILIDAD EN QUINTO DEDO DE PIE DERECHO, TUVO UNA FRACTURA HACE 7 MESES Y POSTERIOR AL USO DEL YESO PRESENTO ADHERENCIA DEL DEDO A LA PARTE LATERAL DEL PIE. EXAMEN FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CUELLO SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO, CSPA: CLAROS Y VENTILADOS, NO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO PRESENTA TIRAJE INTERCOSTAL, RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, RSHS PRESENTES, GENITALES CONSERVADOS, EXTREMIDADES SUPERIORES SIMETRICAS, EXTREMIDADES INFERIORES: SE EVIDENCIA EN PIE DERECHO ADHERENCIA Y DEFORMIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NO CUENTA CON EXAMENES DE LABORATORIO

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESENTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.			S911	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
7/3/2025	11:50	ROXANA		MIRA	RODRIGUEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO
940448434					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	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

	PRE= PRESENTIVO	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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO