

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	1211	José Baidó	A	1314038900	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Sotelo	Sabido	Bernaldo	Javier	H	15/01/1952
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	CANTÓN	PARRISQUÍA	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
0978919489 - 0967337663		Bolívar	La Cabaña	32	H D M A X
PROVINCIA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO	
Manabí				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	ESPECIALIDAD
MSP		Consulta Externa	Ortodoncia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente por antecedentes clínicos de relevancia que hace 1 mes sufrió trauma con fractura de epífisis superior de hueso derecho y manipulada quirúrgicamente con material endomedular, además fractura de metacarpo y falange de segundo dedo de mano izquierda que requiere retiro de tornillos de fijación externa.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CI	PRE	DEF
1. Fractura de la epífisis superior del	5942			
2. Húmero				
3. Fractura de 2do dedo de la mano	8226			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
		Gabriel	Intriago	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FORMA	Dr. Gabriel Intriago Zambrano ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Reg. MSP 1310605587 Reg. SISEM 1021-2022-2444559		
1310605587				

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	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 (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	DEF. DEFINITIVO	CI	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	FORMA	SELLO		