

A+A1:CA80. 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	1410	HAGA	B	1314301340	1314301340		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ALVAREZ	CHINGA	JORDY	MICHAEL	M	27/04/2004	22	H O M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO	
0985931571				X		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				
MANABI	BOLIVAR	CALCETA	X				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 22 AÑOS DE EDAD HOSPITALIZADO EN ESTA CASA DE SALUD TRAS SUFRIR CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON FRACTURA DE EFICISS INFERIOR DE RADIO DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO TRAS SUFRIR GOLPE EN RIÑA. PACIENTE AL MOMENTO ALERTA ACTIVO AFEBRIL GLASGOW 15/15 SIN NOVEDADES. SE REALIZA REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO

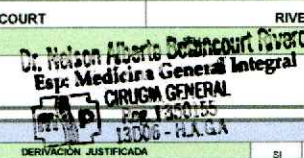
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SE ADJUNTAN

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO		S525		X	4.		
2.					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-06-02	8:00	NELSON	BETANCOURT	RIVERO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
0960003283				

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	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