

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		1114	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES		B	1314315845						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE			SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ALCIVAR	VARGAS		NEY			H	1999/08/15	25	H	D	M	A
			REFERENCIA			DERIVACIÓN						
0985762193												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL												
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA									
MANABI	ROCAFUERTE		ROCAFUERT									
			1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.						
			2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.						
			3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						
			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 NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		TRAUMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

APP: NO REFIERE.

ALERGIAS: NO REFIERE

APF: NO REFIERE

CUADRO CLÍNICO:

PACIENTE DE 25 AÑOS QUE HACE 15 DÍAS MENCIONA CAIDA DE PROPIA ALTURA, DONDE SUFRE GOLPE EN MANO DERECHA, MAS EDEMA, SE HIZO MANIPULAR POR SOBADOR POR DOS OCASIONES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX: FRACTURA CUARTO DEDO METATARSO MANO DERECHA CON LEVE DESPLAZAMIENTO DE CABEZA

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO	S923		X	4.					
2.	CAIDA DE PROPIA ALTURA	W010		X	5.					
3.					6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/02/19	13:00	ELEANA		VASQUEZ		SOLORIZANO	
CEDULA		FIRMA				SELLO	
1310630817							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	
------------------------	----	--	----	--	------------------------	----	--	----	--

CONTRAREFERENCIA

X

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	
MSP		1411	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES						

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	