

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		CÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO																										
MSP		1314	HOSPITAL BÁSICO SAN ANDRÉS		II	1314423855		131442385-5																										
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																								
Zambrano		Tamayo		Luis		Edmundo	M	10-04-1980	37	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>B</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	B	A				X																
H	D	B	A																															
			X																															
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN																												
0999697329 / 0981025638					V																													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO																													
<table><tr><td>PROVINCIA</td><td>CANTÓN</td><td>MUNICIPIO</td></tr><tr><td>Manabí</td><td>San Antonio</td><td>San Antonio</td></tr></table>					PROVINCIA	CANTÓN	MUNICIPIO	Manabí	San Antonio	San Antonio	<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td></td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td></td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td></td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td></td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td></td></tr><tr><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td></td></tr><tr><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>X</td></tr><tr><td>8. Inadecuada capacidad resolutoria.</td><td></td></tr><tr><td>9. Ausencia de la prestación en la esfera de servicios.</td><td>X</td></tr></table>						1. Accesibilidad geográfica.		2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.		5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento.		7. Insuficiencia de profesionales.	X	8. Inadecuada capacidad resolutoria.		9. Ausencia de la prestación en la esfera de servicios.	X
PROVINCIA	CANTÓN	MUNICIPIO																																
Manabí	San Antonio	San Antonio																																
1. Accesibilidad geográfica.																																		
2. Falta de espacio físico.																																		
3. Falta de equipamiento.																																		
4. Equipos en mal estado.																																		
5. Problemas de infraestructura.																																		
6. Problemas de abastecimiento.																																		
7. Insuficiencia de profesionales.	X																																	
8. Inadecuada capacidad resolutoria.																																		
9. Ausencia de la prestación en la esfera de servicios.	X																																	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Consulta Externa		Traumatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 37 años de edad, refiere que lo han golpeado aproximadamente por un accidente de tránsito de tipo colisión en vehículo de dos ruedas. Paciente refiere dolor e incapacidad para articular miembros en este momento paciente afebril, orientado en tiempo y espacio, Glasgow 15/15

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Radiografía de hombro izquierdo. Refleja fractura de clavícula izquierda de tipo II.

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO DEF-ESOTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Fractura de clavícula.	5420		X			
2. Motociclista lesionado por colisión	4245		X			
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-02	09:40	Melany	Velasquez	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
2350415069				

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	CÓDIGO	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.						
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		FIRMA	SELLO	