

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNICOIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TOPOLOGIA	NUMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA		NUMERO DE ARCHIVO	
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1314662030			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICION EDAD MARCAR	
Delgado	Lizine		John		M	19/10/1989	36	H O M A	
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA			DERIVACION			
0989955502			X						
PROVINCIA	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PARECIDA		MOTIVO				
Manabí	Tanjio Ataró		Tanjio Ataró		5 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

INSTITUCION DEL SISTEMA ESTABLECIMIENTO DE SALUD SERVICIO ESPECIALIDAD
MSP Hospital CONSTAN externa Traumatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Paciente de 36 años de edad sin antecedentes, de referencia desde a esta casa de salud por referir dolor a la movilidad de su pierna derecha además refiere que hace un mes tuvo un accidente de tránsito en un vehículo de 2 llantas donde la moto cayó sobre el no ha tenido atención preventiva ni valoración por traumatología.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Rx de rodilla derecha fecha: 02-02-2026 se evidencia Fractura desplazada de meseta tibial derecha

E. DIAGNOSTICO

E. DIAGNOSTICO				CIE	PRE	DEF
Fractura de la epifisis superior	5821	X	4.			
de la tibia (derecha)			5.			
			6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

02/02/2026 12:30pm
PRIMER NOMBRE Melany
PRIMER APELLIDO Velasquez
SEGUNDO APELLIDO Zambiano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 2350415069
Dra. Melany Velasquez Zambiano
C.I: 235041508-9
REG. SENECYT 1016-2025-3143956

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACION JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCION DEL SISTEMA					ESTABLECIMIENTO DE SALUD					TIPOLOGIA					NUMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA					NUMERO DE ARCHIVO				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCION DEL SISTEMA ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISTRITO FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RECURSOS HUMANOS DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

II. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

PROCEDIMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTIC			
DATE RECEIVED	CR	PRE	DER
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

PERSONA RESPONSABLE		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PUESTO (Escribir cargo)		NOMBRE (Escribir nombre)		APELLIDO (Escribir apellido)		APELLIDO (Escribir apellido)	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (Escribir número)		FIRMA (Escribir firma)		SELLO (Escribir sello)		SELLO (Escribir sello)	