

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1314710839	1314710839					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
DEMERA	DEMERA		JORDI	JHAIR	M	20/6/2001	24	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐					
0- 99 155 9484			1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.		☐			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			2. Falta de espacio físico.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.		☐			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		☐	8. Inadecuada capacidad resolutive		☒			
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	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		CONSULTA EXTERNA	Traumatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SEXO DE MASCULINO APP NO REFIERE. ACUDE POR PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR EDEMA Y DIFICULTAD PARA DEAMBULAR SIN CAUSA APARENTE , LA CUAL REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD . AL EXÁMEN FÍSICO CABEZA NORMAL CUELLO S/P SIN ADENOPATÍAS TORAX CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN : DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES. EXTREMIDADES . SP SIMETRICAS SIN EDEMAS. SIGNOS VITALES: P/A 118/70 MMHG T°36 SAT98% FC74X RESPIRACIÓN 18X GLASGOW 15/15.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. contractura articular	M24.5		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/07/2025	8am	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312022369	Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA			

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	TIPOLOGIA	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	