

from
Sul
Chono
Chono

14/11/2024

Troumolo

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

APELLIDOS: LOOR
NOMBRES: CEDEÑO
NOMBRE: JOSE LUIS
NACIONALIDAD: ECUATORIANA
FECHA DE NACIMIENTO: 16 AGO 2002
LUGAR DE NACIMIENTO: MANABI CHONE
CHONE
FIRMA DEL TITULAR: [Signature]

SEXO: HOMBRE
No. DOCUMENTO: 010602220
FECHA DE VENCIMIENTO: 03 SEP 2031
NATIGAN: 519935

NUI.1314911361

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE: LOOR ROSADO JOSE BENITO
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE: CEDEÑO MARCILLO REINA DOLORES
ESTADO CIVIL: SOLTERO
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: FLAVIO ALFARO 03 SEP 2021

CÓDIGO DACTILAR: E434312222
TIPO SANGRE: N/R
DONANTE: No donante

DIRECTOR GENERAL: [Signature]

I<ECU0106022207<<<<<1314911361
0208161M3109030ECU<NO<DONANTE3
LOOR<CEDENO<<JOSE<LUIS<<<<<<<<

0990319839 — José Luis Loor Cedeño

0994204569 — Reina Cedeño Marcillo — mamá
Dnec Edh Son pobh colb plaza y 12 Edh
Seguro no
Disc. no

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1413	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA 2	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1314911361	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Loor	SEGUNDO APELLIDO Cedeño	PRIMER NOMBRE Jose	SEGUNDO NOMBRE Luis	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 10/03/1982
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0990319139		REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO			
PROVINCIA MANABI	CANTÓN FLAVIO	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 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Casulla	SERVICIO coloma	ESPECIALIDAD traumatología
-------------------------	-------------------------------------	--------------------	-------------------------------

III. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Daño masculino sin app que se le causó en carro. hace 24 horas cae con 120 de horas. a su llegada sangrando, sin dolor en el cuerpo y espina

IV. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Rx fractura desplazada del ángulo inferior del omoplato izquierdo

V. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
	fractura de Omoplato	S421	x				

VI. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE Narciso	PRIMER APELLIDO Dennis	SEGUNDO APELLIDO Pineda
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1313994848		FIRMA [Firma]		

VII. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

VIII. 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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

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

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

X. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

XI. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

XII. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

XIII. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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

XV. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO