

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		1410	HOSPITAL BASICO ANIBAL GONZALEZ ALAVA		II	1314925189			1314925189					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CABRERA		HIDALGO		SELENE		MONSERRATE		F	11/9/1994	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0932245871					X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO							
PROVINCIA					2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.							
CANTÓN					3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		X					
PARROQUIA					4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutiva		X					
MANABI					5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X					
BOLIVAR														
JUNIN														

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES CON ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE CESAREAS EN # 3 QUE ES TRAIDA A EMERGENCIA POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR EN MIEMBRO.INFERIOR IZQUIERDO CON LIMITACION A LA MOVILIZACION Y HERIDA DE MAS O MENOS 10 CM QUE COMPROMETE PIEL DE MISMO LADO TRAS SUFRIR ACCIDENTE DE TRÁNSITO DONDE SE MOVILIZABA COMO PASAJERO PACIENTE AL MOMENTO REFIERE MALESTAR GENERAL PACIENTE COSNCIENTE Y ORIENTADA GLASGOW 15/15.

SE REALIZA EXAMEN RADIOLOGICO DONDE SE OBSERVA FRACTURA DE PERONE DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	FRACTURA DE PERONE			S824		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
9/9/2025	15:30	NELSON	BETANCOURT	RIVERO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
960003283				

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	X	NO
CONTRAREFERENCIA					REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

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

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

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