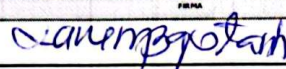
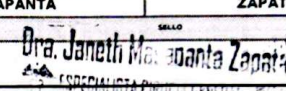


A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO											
MSP		1410	HBAGA		B	1315707149		1315707149											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD										
DELGADO		ZAMBRANO		JEIKOL		M	5/11/1996	28	<table border="1"> <tr> <td>M</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			M	D	M	A				
M	D	M	A																
0987491090 0979583440						REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						☒ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipo en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura		☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☒									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																	
13	BOLIVAR	CALCETA																	
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 MASCULINO DE 28 AÑOS DE EDAD. REFIERE QUE SUFRIÓ ACCIDENTE DE TRANSITO HACE VARIOS DÍAS LO QUE LE PRODUJO LESIONES EN EL CUERPO Y DOLOR INTENSO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO LO QUE DIFICULTA LA MARCHA																			
E. DIAGNÓSTICO																			
FECHA		HORA		PRE. PREC. DEF. DEFINITIVO		CI	PRE	DEF											
17/02/2025		8.00 am		M239			X												
				S800				X											
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE																			
FECHA		HORA		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO											
17/02/2025		8.00 am		JANETH		MASAPANTA		ZAPATA											
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO											
1204015455																			
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN																			
REFERENCIA JUSTIFICADA				DERIVACIÓN JUSTIFICADA															
CONTRAREFERENCIA ☐				REFERENCIA INVERSA ☐															
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA																			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	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																			
FECHA		HORA		PRE. PREC. DEF. DEFINITIVO		CI	PRE	DEF											
G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE																			
H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE																			
FECHA		HORA		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO											
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO											