

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1316332269		1316332269	
SEGUNDO APELLIDO		LOOR		INTRIAGO	BIANCA	GHISLAINE	F	2005-08-08	20
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA						
13		2	50						
0983919196				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO					
				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento			
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales			
				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria			
				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		NAPOLEÓN DAVILA		CONSULTA EXTERNA		TRAUMATOLOGÍA			
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO									
FEMENINO DE 20 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA REFERIDO DEL ÁREA DE SALUD PQ SUFRIÓ TORCEDURA DEL TOBILLO DERECHO, LA PACIENTE REFIERE DOLOR INTENSO EN LA ARTICULACIÓN DEL TOBILLO CON IMPOTENCIA FUNCIONAL Y EDEMA DE LA ARTICULACIÓN									
E. DIAGNÓSTICO									
PRE = PRESUNTIVO		CIE	PRE	DEF	CIE		PRE	DEF	
ESGUINCE Y TORCEDURAS DEL TOBILLO		S934		X					
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
05/02/2026	9.00a.m	NELSON		BETANCOURT		RIVERO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO					
0960003283									
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/ DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	X	NO	
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA					
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	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									
PRE = PRESUNTIVO		CIE	PRE	DEF	CIE		PRE	DEF	
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					