

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	1316987310		1316987310																																									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN DE SALUD																																								
PINARGOTE		ROMERO		ROSA		F	1997-06-30	27	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>					H	D	M	A				X																												
H	D	M	A																																														
			X																																														
0999077783-0981742986				REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐																																									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.																																									
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.																																									
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutoria.																																									
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.																																									
13				JUNIN				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																																																	
FEMENINO DE 27 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR AUMENTO DE VOLUMEN DOLOROSO CARA ANTERIOR DE LA PIERNA IZQUIERDA POSTERIOR A TRAUMATISMOS SOBRE ESA REGIÓN																																																	
ECO. ELEVACIÓN CORTICAL OSEAE LA TIBIA, EDEMA																																																	
E. DIAGNÓSTICO																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE = PRESUNTIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th></th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td>S 868</td> <td></td> <td>X</td> <td>4.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>															PRE = PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	1.		S 868		X	4.				2.					5.				3.					6.			
	PRE = PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF																																									
1.		S 868		X	4.																																												
2.					5.																																												
3.					6.																																												
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE																																																	
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO																																									
07/11/2024		11.30 a.m		NELSON		BETANCOURT		RIVERO																																									
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO																																									
0960003283																																																	
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>REFERENCIA JUSTIFICADA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>DERIVACIÓN JUSTIFICADA</th> <th>SI</th> <th>X</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CONTRAREFERENCIA</td> <td>☐</td> <td></td> <td>REFERENCIA INVERSA</td> <td>☐</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>														REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO	CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐																								
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		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																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE = PRESUNTIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th></th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>															PRE = PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	1.					4.				2.					5.				3.					6.			
	PRE = PRESUNTIVO	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																																									