

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1413	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANTONIO		TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1317168779		NÚMERO DE ARCHIVO 1317168779	
PRIMER APELLIDO MECIAS		SEGUNDO APELLIDO HERRERA		PRIMER NOMBRE JUNIOR		SEGUNDO NOMBRE ADRIAN		SEXO M	FECHA NACIMIENTO 07/04/2001
NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 962926959		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL FLAVIO ALFARO		PARROQUIA FLAVIO ALFARO		REFERENCIA		DERIVACIÓN X	MOTIVO 6 Problemas de adaptación 7 Insuficiencia de profesionales 8 Inadecuada capacidad resolutiva 9 Ausencia de la prestación en la carrera de servicio
PROVINCIA MANABÍ	CANTÓN	PARRAJA		1 Accesibilidad geográfica 2 Falta de espacio físico 3 Falta de equipamiento 4 Equipo en mal estado 5 Problemas de infraestructura		6 Problemas de adaptación 7 Insuficiencia de profesionales 8 Inadecuada capacidad resolutiva 9 Ausencia de la prestación en la carrera de servicio		X X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO EMERGENCIA	ESPECIALIDAD NEUROLOGÍA
-------------------------	--------------------------	------------------------	----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 23 AÑOS DE EDAD. ES TRAÍDO A LA EMERGENCIA POSTERIOR A ACCIDENTE DE TRANSITO, CONDUCTOR DE MOTOCICLETA QUE IMPACTA CONTRA CAMIONETA, AL MOMENTO DE LA ATENCION PACIENTE EN ESTADO ETILICO, GLASGOW NO VALORABLE, SIGNOS VITALES AL INGRESO, PRESION ARTERIAL 80/50MMHG, FRECUENCIA CARDIACA 90PM, SATURACION 90% SE OBSERVAN MULTIPLES HERIDAS CORTANTES EN LA CARA Y EXTREMIDADES QUE NO COLABORA CON EL INTERROGATORIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LEUCOS: 24.48 X 10	NEUTROS: 85.7%	PLAQUETAS: 302 X 10
--------------------	----------------	---------------------

E. DIAGNÓSTICO

1. Traumatismo de nervios, raíz de nervio espinal y plexos del tronco no especificados	T084	X	4.
2.			5.
3.			6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA 27/10/2025	HORA 10:00	PRIMER NOMBRE LISBETH	PRIMER APELLIDO DOMINGUEZ	SEGUNDO APELLIDO ZAMBRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1315404514		Firma <i>Lisbeth Dominguez Z.</i>		



G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. 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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (año-mes-día)
-------------------------	--------------------------	----------	---------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

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 27/10/2025	HORA 10:00	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Firma SELLO		