

I. 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	HBAGA		B	1317460622		1317460622	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
BRAVO		ZAMORA		DIEGO		ALEXANDER	M	14/11/1999	25
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
0993083306 0993083216					X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.				
MANABI	BOLIVAR		CALCETA		7. Insuficiencia de profesionales.				
					8. Inadecuada capacidad resolutoria				
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
					X				
					X				
					X				
					X				

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		TRAUMATOLOGIA	

RESUMEN DEL CUADRO CLINICO	
PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS DE EDAD CON APP DE SALUD ANTERIOR NOS ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR INTENSO DOLOR A NIVEL DEL HOMBRO DERECHO CON LIMITACION FUNCIONAL CON EVA DE 7 / 10 PRODUCTO CAIDA JUGANDO FUTBOL HACE MAS MENOS 15 DIAS POR LO QUE SE REALIZA RX DONDE SE APRECIA UNA LUXACION ACROMIOCLAVICULAR POR LO QUE AMERITA VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO	

III. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO.	
SIGNOS VITALES:	
PA:125/76	
FC: 91LXM	
FR: 20RXM	
TEMP: 36,2	
SAT02: 99% AA	

DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
LUXACION ACROMIO CLAVICULAR				S431		X			

IV. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-25	10H00	MARCO	AZUA	CEDENO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELO	
1311550667				

V. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACION					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

VI. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA

VII. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

RESUMEN DEL CUADRO CLINICO	

VIII. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

IX. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

X. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

XI. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	