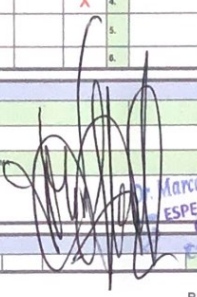


A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1410	HBAGA		B	1317460622		1317460622			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDA (MARCAR)
BRAVO		ZAMORA		DIEGO		ALEXANDER		M	14/11/1999	25	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA		DERIVACIÓN			
0993083306 0991308216						X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						MOTIVO					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento			
MANABI		BOLIVAR		CALCETA		2. Falta de espacio físico		7. Insuficiencia de profesionales			
						3. Falta de equipamiento		8. Inadecuada capacidad resolutiva			
						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				CONSULTA EXTERNA		TRAUMATOLOGIA					
C. 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											
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS											
AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO. *SIGNOS VITALES*: PA: 125/76 FC: 91/LXM FR: 20/RXM TEMP. 36,2 SAT02: 99% AA											
E. DIAGNOSTICO											
PRESENCIA		DEFINICIÓN		CIE	PRE	DEF					
1.		LUXACION ACROMIO CLAVICULAR		S431		X					
2.											
3.											
F. 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		SELLO					
1311550667											
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		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 CLINICO											
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS											
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS											
F. DIAGNOSTICO											
PRESENCIA		DEFINICIÓN		CIE	PRE	DEF					
1.											
2.											
3.											
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					