

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP		1410	HBAGA	B	1317545372	1317545372
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
PENARRIETA	PENARRIETA	ROSA		MARIA	F	2008-06-15 17
		REFERENCIA		DERIVACIÓN		
		X				
0979539554-0939762331		MOTIVO				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.		
PROVINCIA		CANTÓN	2. Falta de espacio físico.	7. Insuficiencia de profesionales.		
13	BOLIVAR	PARROQUIA	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 CLÍNICO			
FEMENINO DE 17 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EN ARTICULACIÓN DE LA CADERA IZQUIERDA QUE EN OCASIONES LE DIFICULTA LA MARCHA, REFIERE QUE HACE 5 AÑOS SUFRIÓ FRACTURA DE FEMUR DE ESE MISMO LADO POR LO QUE RECIBIÓ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO			

E. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESENTIVO			
CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	
1. T849	X						
2.							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
13/10/2025	9.00a.m	NELSON	BETANCOURT
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO

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	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA

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 = PRESENTIVO			
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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO