

A. 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	1246	CS. TOSAGUA	C	1350661342							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
CHICA	CEDENO	RAFAEL	ANTONIO	H	31/05/1996	29	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐	MOTIVO				
099668327 / 0997075568 / 0985307458							1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGÍA.

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MASCULINO DE 29 AÑOS CON ANTECEDENTE DE OSTEOSINTESIS DE FEMUR HACE 9 AÑOS POR FRACTURA DE FEMUR DERECHO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO...
AHORA ACUDE POR DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO EN REGIÓN DE MÚSCULO RECTO FEMORAL EVA 8/10 QUE SE IRRADIA A ARTICULACIÓN COXOFEMORAL
CON LESION TIPO ULCERATIVA EN MUSLO DERECHO CON SALIDA DE EXUDADO PURULENTO EN 1/3 INFERIOR INTERNO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN...
ES ATENDIDO EN EMERGENCIA DONDE LE INDICAN IBUPROFENO 400MG CAD 8 HORAS Y SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA 800/160MG CADA 12 HORAS....
AHORA ACUDE POR CONSULTA EXTERNA SOLICITANDO REFERENCIA A TRAUMATOLOGÍA...
AL MOMENTO ESTABLE, BUEN ESTADO GENERAL... SE INDICA TRATAMIENTO PARA EL DOLOR, Rx DE MUSLO DERECHO Y LA REFERENCIA SOLICITADA...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LESION TIPO ULCERATIVA EN MUSLO DERECHO CON SALIDA DE EXUDADO PURULENTO EN 1/3 INFERIOR INTERNO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN...

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA	M869		X	4			
2 SECUELAS DE FRACTURA DEL FEMUR	T931		X	5			
3 OSTEOMIELITIS CRONICAS	M866	X		6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
24/09//2025	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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 (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= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	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		