

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1350786156		1350786156	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO	EDAD	H D M A	
GANCHOZO		ALCIVAR		ZHAIR		RAMON	M	2009-08-31	16
0968259921 - 0967363005				X		DERIVACIÓN		MOTIVO	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento	
PROVINCIA	13	BOLIVAR	CALCETA				2. Falta de espacio físico.		X
						3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales	
						4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutoria	
						5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
								X	
								X	

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			
PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDA . REFIERE QUE HACE 6 AÑOS DE EADA SUFRIO UN CAIDA DE TOBOGAN LO QUE LE PRODUJO DOLOR INTENSO EN REGION DE CODO IZQUIERDO Y DEFORMIDAD LO QUE DIFICULTA EL MOVIMIENTO			

E. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL CARTILAGO ARTICULAR				DES. DEFINITIVO	M241	X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/01/2026	9.00a.m	JANETH	MASAPANTA	ZAPATA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1204015455				

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	UNICODIGO	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 CLÍNICO			

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS			

F. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
				DES. DEFINITIVO						

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