

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	1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1350924955	1723327654					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MAZAMBA	ZAMBRANO	KELVIN	ANTONIO	H	28/9/2000	24	H	D	M	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
994968006		X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO								

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE MASCULINO DE 24 AÑOS EDAD APP. FRACTURA DE FEMUR Y TIBIA IZQUIERDA. ACUDE POR CONTROL RADIOGRÁFICO REFIERE DOLOR DE PIERNA Y MUSLO AL MOMENTO ESTUDIO DE RADIOGRAFÍA SE VALORA MATERIAL DE OSTEOSINTESIS CON FIJACIÓN NORMAL SIN ALGUNA NOVEDAD. PACIENTE REFIERE SOLO DOLOR AL CAMINAR CUELLO SIMÉTRICO NO ADENOPATÍAS. TÓRAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADOS CLAROS RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIVO NO DOLOROSO RUIDOS HIDROAREOS AUDIBLES EXTREMIDADES SIMÉTRICAS Y NO EDEMAS SIGNOS VITALES PRESIÓN 118/70MMHG PULSO 80 T37° SATURACIÓN 98% RESPIRACIÓN 20 GLASGOW 15/15. SE REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR TRAUMATOLOGÍA	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Leucocitos#15.000	
Neutrofilos%* 88.0%	
Hemoglobina12.6	
HEMATOCRITO 35%	

E. DIAGNÓSTICO		PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF	
1.	DESVIACIÓN TABIQUE NASAL			J34.2	X		4.	DESVIACIÓN DEL TABIQUE NASAL	J34.2	X
2.	HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES			J34.3	X		5.	HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES	J34.3	
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
5/2/2025	12:00	RÓMULO	MUÑOZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
1312022369		RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA	
		 ROMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA	

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 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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
		SELLO	