

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1350924055	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Mauricio	SEGUNDO APELLIDO Cabrera	PRIMER NOMBRE Rafael	SEGUNDO NOMBRE Antonio	SEXO H	FECHA NACIMIENTO 29/09/2000
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0994968764			REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H ☐ D ☐ M ☐ A ☐
PROVINCIA Manabí	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL CANTÓN Tibaro	PARROQUIA Tibaro	MOTIVO ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria. ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
-------------------------	--------------------------	----------	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 25 años de edad, efecet. Ingresó por quejas de dolor en la zona de la cadera de + 5 días, con que el dolor se irradia al fémur izquierdo, tercio medio, con aplicación de Clavo Medela + tornillos de 8x40 mm, de + 1 año 5 meses. Al examen físico se evidencia dolor de punto de tendón por cara interna de fémur, tercio distal.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

1.	2.	3.	4.	5.	6.
----	----	----	----	----	----

E. DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	4.	5.	6.
----	----	----	----	----	----

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 18/02/2016	HORA (hh:mm) 16:30	PRIMER NOMBRE Dr. Melchior	PRIMER APELLIDO Briones	SEGUNDO APELLIDO Castro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1308265592	FIRMA 	Sello Dr. MELCHIOR BRIONES CASTRO MEDICO CIRUJANO Reg. Senecyt 1009-1216657		

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

1.	2.	3.	4.	5.	6.
----	----	----	----	----	----

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

1.	2.	3.	4.	5.	6.
----	----	----	----	----	----

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

1.	2.	3.	4.	5.	6.
----	----	----	----	----	----

F. DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	4.	5.	6.
----	----	----	----	----	----

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

1.	2.	3.	4.	5.	6.
----	----	----	----	----	----

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		

0994968006

Vu Found

Lu Dolere

no seguo