

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		1269	C.s. Guayabales		A	1351025943								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Zambrano		Alcivar		Kaylee		Guadalupe		F	24/09/2013	12	H	D	M	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		0987142449		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN				MOTIVO		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABI		JUNIN		JUNIN		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria.						
						4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				X		
						5. Problemas de infraestructura.								
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														
Femenina de 12 años de edad la cual se encuentra acompañada de su madre la misma que nos refiere que hace un mes viene presentado dolor en la articulación de la mano izq. después de un accidente en el cual sufrió una caída de sus pies, la mama la llevo a emergencias y le colocaron yeso, al mes se lo retiraron y quedo desviado a la parte izq con mucho dolor que calma con medicacion pero que le pasa del todo, por tal razon se interconsulta con traumatologia para valoracion y conducta														
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
E. DIAGNÓSTICO														
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF	
1.	Fractura de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano			S628	X		4.							
2.							5.							
3.							6.							
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE														
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO						
25/09/202		11:30:00		JAVIER ANDRES		CARRERA		HURTADO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO						
802980185														
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN														
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	X	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	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. DIAGNOSTICO														
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						