

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1351179914			1351179914					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ESPOINOZA		PANTA		DAYANA		ELIZABETH		F	18/11/2015	14	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN								
						☒								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		MOTIVO 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											
MANABI	FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO											

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 SEXO FEMENINO DE 14 AÑOS DE EDAD . APP DE ESCOLIOSIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO ACUDE POR DOLOR TORÁCICO QUE IMPIDE LA DEAMBULACIÓN QUE NO CEDE A MEDICACIÓN ANALGESICA NI ANTIINFLAMATORIA. AL MOMENTO EXÁMEN FÍSICO AFEBRIL CUELLO SIMÉTRICO NO ADENOPATÍAS TORAX SIMÉTRICO NO ADENOPATÍAS CAMPOS PULMONARES CLAROS VENTILADOS RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS ABDOMEN DEPRESIVO NO DOLOR A LA PALPACIÓN EXTREMIDADES SIMÉTRICAS NO EDEMAS SIGNOS VITALES PRESION 120/70 PULSO 85X T 36.8@ SAT98% RESP 18 GLASGOW 15/15. EN ESPERA VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Leucocitos#15.000

Neutrofilos%* 88.0%

Hemoglobina 12.6

HEMATOCRITO 35% Se adjunta Radiografía de tórax

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE = PRESUNTIVO			DEF = DEFINITIVO				
		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
	Lumbago con ciática	M54.4	X		4.	Lumbago con ciática	M54.4	X	
					5.				
					6.				

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2/4/2025	12:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
1312022368	FIRMA		 SELLO El presente es parte del expediente de: ROMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA	
1312022369	RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA			

3. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA			

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

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
	DEF= DEFINITIVO								
					4.				
					5.				
					6.				

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	