

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1413	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HUBSA		TIPOLOGIA B	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1352144672		NÚMERO DE ARCHIVO	
PRIMER APELLIDO Almeida	SEGUNDO APELLIDO Zambano		PRIMER NOMBRE Rene		SEGUNDO NOMBRE Ivan	SEXO H	FECHA NACIMIENTO 11/12/15	EDAD 10	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0961074467					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Municipio: Manabí, Cantón: Flore Alvaro, Parroquia: Flore Alvaro					MOTIVO 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. Insuficiente capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO Consulta Externa	ESPECIALIDAD Traumatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente de 10 años de edad que se cae desde sillas altas al día de ayer y hoy vuelve a caerse sobre sillas altas ocasionando la misma lesión provocando fractura del quinto metacarpo derecho. Presentando la movilidad de los dedos, pero dolor inflamación.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Fractura en talle verde angulada del quinto metacarpo derecho.	

E. DIAGNÓSTICO	
PRE-PRESUNTIVO Fractura de hueso corto y hueso esquelético dos de la mano y de la mano.	DEF-DEFINITIVO CIE S62.8 PRE DEF X 4. 5. 6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd) 26/08/2015	HORA (hh:mm) 15:48	PRIMER NOMBRE Rene Ivan	PRIMER APELLIDO Almeida
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA 	SEGUNDO APELLIDO Zambano
		SELLO Dra. Janis Terreros MEDICO GENERAL C.I. 1722309398	

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	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 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

