

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	001413	HOSPITAL BASICO DE FLAVIO ALFARO - SAN ANDRES	HB	1352149668	-----						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
VERA	CEVALLOS	LIA	SHAIT	F	24-07-2015	10	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0985056795		☒		☐							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
13	CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
1305	PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
130550	5. Problemas de infraestructura.		☒								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE DE 10 AÑOS DE EDAD SIN APPREFIERE HACE 8 DIAS SUFRE CAIDA DE SU PROPIA ALTURA- APOYANDO SOBRE MANO DERECHA - ES LLEVADA DONDE SOBADOR QUIEN APARENTEMENTE PONE HUESO EN SU LUGAR AL MOMENTO NO REFIERE DOLOR- MOVILIDADY SENSIBILIDAD DE LA MANO DERECHA CONSESURADA	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
RX SE OBSERVA FRACTURA DE RADIO DERECHO - EN EPIFISIS INFERIOR	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO	S525		X	4.						
2.					5.						
3.					6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-07	08:10	SANTIAGO	MINTA	GUAMAN
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1720793833				

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

--

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	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		