

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                                   |                  | 1314      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES | II        | 1353230301                       |                                     | 1353230301        |                          |                                                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO |           | PRIMER NOMBRE              |           | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                                | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                     | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                 |   |   |   |
| ARTEAGA                               | MOREIRA          |           | KRISS                      |           | ANDRES                           | M                                   | 20-08-2019        | 5                        | H                                                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |           |                            |           | REFERENCIA                       | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN        | <input type="checkbox"/> |                                                         |   |   |   |
| 968538575                             |                  |           |                            |           |                                  |                                     |                   |                          |                                                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |           |                            |           | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                     |                   |                          | 6. Problemas de abastecimiento.                         |   |   |   |
|                                       |                  |           |                            |           | 2. Falta de espacio físico.      |                                     |                   |                          | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |   |   |   |
|                                       |                  |           |                            |           | 3. Falta de equipamiento.        |                                     |                   |                          | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |   |   |   |
|                                       |                  |           |                            |           | 4. Equipos en mal estado.        |                                     |                   |                          | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |   |   |   |
|                                       |                  |           |                            |           | 5. Problemas de infraestructura. |                                     |                   |                          |                                                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           |           | PARROQUIA                  |           |                                  |                                     |                   |                          |                                                         |   |   |   |
| MANABI                                | CHONE            |           | CHONE                      |           |                                  |                                     |                   |                          |                                                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL GENERAL CHONE   | CONSULTA EXTERNA | FISIATRIA    |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON APP FRACTURA SUPRACONDILEA GARTLAND IV DERECHA  
EVENTO OCURRIDO 15/07/2025 CAIDA DE ALTURA DE +- 2 METROS, NO MANIPULADO  
EL 17/07/2025 SE REALIZA REDUCCION CERRADA + OSTEOSINTESIS, EXTREMIDAD AFECTADA CON INMOVILIZACION BRAQUIOPALMAR  
SE REALIZA EXTRACION DE MATERIAL POR TAL MOTIVO SE SOLICITA TERAPIA FISICA DIARIA  
AL MOMENTO PACIENTE CONCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO CON MOVILIDAD ACTIVA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TERAPIA FISICA

E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO                             | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|---------------------------------------------|-----------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO |                 | S24 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2. |                                             |                 |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                                             |                 |     |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 18/08/2025                            | 8:05         | GEORGE        | CUSME           | MENENDEZ         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1312195694                            |              |               |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

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            |
|                                       |              |               |                 |                  |