

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1410	HBAGA		B	1720342755		1720342755			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIONADO		
LOOR		MENDOZA		BERNARDITA		F	1979-11-19	45	☐ M ☐ B ☐ A		
0969729705		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PARROQUIA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
13		BOLIVAR		CALCETA		☒ 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. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐	
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		CONSULTA EXTERNA		ESPECIALIDAD			
MSP								TRAUMATOLOGÍA			
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO											
PACIENTE FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDA. OPERA HACÉ 8DÍAS CON EL DIAGNÓSTICO E FRACTURA DE CLAVÍCULA IZQUIERDA. REFIERE LIGERO DOLOR EN CLAVÍCULA IZQUIERDA, INMOVILIZADA, HERIDA QUIRÚRGICA DE BORDES BIEN AFRONTADOS, NO SIGNOS INFLAMATORIOS											
E. DIAGNÓSTICO											
FECHA PRECATORIO		CE	PRE	DEF	CE		PRE	DEF			
16/01/2025		S 420		X							
FRACTURA DE CLAVÍCULA											
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE											
FECHA (año-mes-día)		HORA (hh-mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
16/01/2025		8.00 am		JANETH		MASAPANTA		ZAPATA			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA			
1204015455		<i>Janeth Masapanta Zapata</i>		<i>Dra. Janeth Masapanta Zapata</i>		ESPECIALISTA CIRUGÍA GENERAL		1204015455			
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		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		TIPOLOGÍA	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 (año-mes-día)					
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO											
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS											
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS											
F. DIAGNÓSTICO											
FECHA PRECATORIO		CE	PRE	DEF	CE		PRE	DEF			
G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE											
H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE											
FECHA (año-mes-día)		HORA (hh-mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA			