

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO FERRIN	SEGUNDO APELLIDO VELOZ	PRIMER NOMBRE OLIVER	SEGUNDO NOMBRE ANTONIO	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 20/04/99
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0999064164		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO	
PROVINCIA MANABI	CANTÓN FLAVIO ALFARO	PARROQUIA CARRERA	☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☒ 8. Inadecuada capacidad resolutoria. ☐ 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 H. CARRERA	SERVICIO C. EXTENSIÓN	ESPECIALIDAD TRAUMATOLOGIA
--------------------------------	--	--------------------------	-------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO CON 25 AÑOS DE EDAD LLEGA A CONSULTA POR FRACTURA EN DEDO ANULAR DE MANO DERECHA DONDE A REALIZADO PRATOS X y se evidencia FRACTURA DE LA FALANGE PROXIMAL DEL CUBITO DERECHO. Al día de hoy llega a su 3° día de evolución AFEBRIL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RACA RADIOGRAFICA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE
1. FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO DERECHA			4.		
2.			5.		
3.			6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/12/63	4516			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
		Dr. Juan Cedeño Flores CLÍNICO EMERGENCIOLOGO FOLIO: 2-144-1437 RCP: 524 N° 328		

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--	--	--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--	--	--

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE
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