

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 2350530800	NÚMERO DE ARCHIVO 2350530801
PRIMER APELLIDO Vera	SEGUNDO APELLIDO Gonzalez	PRIMER NOMBRE Jorge	SEGUNDO NOMBRE Ismael	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 1998	EDAD 26	CONDICIÓN GOAD (MARCAR) H D M A X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0992633004		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Florencia Alvarado		REFERENCIA		DERIVACIÓN	
PROVINCIA MANABI	CANTÓN	PARROQUIA		MOTIVO		MOTIVO	
				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.	
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.	
				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva.	
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	
				5. Problemas de infraestructura.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE / DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hospital Basico	SERVICIO consultas externas traumatología	ESPECIALIDAD
--------------------------------	---	--	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino 26 años edo. antependente de virulto por fractura de humero derecho de momento puede por dolor sitio de lesión y una uñeta presión 118/80 mmHg pulso 78 x 7037°C respiración 20 x

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

roturación 98%

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRONÓSTICO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
contusión del hombro y brazo	540 x				contusión del hombro y brazo	540 x	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día) 17/3/2025	HORA (hh-mm) 13:20	PRIMER NOMBRE Romulo	PRIMER APELLIDO Munoz	SEGUNDO APELLIDO Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312022369	FIRMA Romulo Munoz	Sello Hospital Basico San Andres Dr. Romulo Munoz Moreira Medicina General 1312022369 C.O.P. N° 1006-2017-155270		

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 (año-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	-------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRONÓSTICO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		