

### 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 |                  |      |                         |   |   |   |
| MEP                                   |  | 1411              | H. NATHALIA HUERTA DE NIEMES |                                  | B         | 2350601528                       |                                                         | 2350601528        |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                              | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   |                                                         | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ZAMBRANO                              |  | ALMEIDA           |                              | DAVID                            |           | ALEJANDRO                        |                                                         | H                 | 12/9/2006        | 19.  | 58                      | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                              | REFERENCIA                       |           | X                                | DERIVACIÓN                                              |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| 961871207                             |  |                   |                              |                                  |           |                                  | MOTIVO                                                  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                              | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |                  | X    |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                              | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |                  | X    |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                              | 3. Falta de equipamiento.        |           |                                  | 8. Inadecuada capacidad resolutiva                      |                   |                  | X    |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                              | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |                  | X    |                         |   |   |   |
| MANABI                                |  | ROCAFUERTE        |                              | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |                                                         |                   |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                              |                                  |           |                                  |                                                         |                   |                  |      |                         |   |   |   |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                            |                  |               |
|-------------------------|----------------------------|------------------|---------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   | SERVICIO         | ESPECIALIDAD  |
| MSP                     | H. NAPOLEON DAVILA CORDOVA | CONSULTA EXTERNA | TRAUMATOLOGIA |

### C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES  
NO REFIERE ALERGIAS, ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EDEMA, Y DOLOR A NIVEL DE PIE  
DERECHO, REFIERE EL FAMILIAR QUE PACIENTE SE ENCONTRABA JUGANDO FUTBOL Y TUVO UN CAIDA DE SU PROPIA ALTURA, AH ESTADO CONSUMIENDO  
AINTI INFLAMATORIOS Y ANALGESICOS, PERO POSTERIOR A ESTO CONTINUA CON EL CUADRO CLINICO Y EN OCASIONES LIMITA LA MARCHA

#### D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PACIENTE ADJUNTA RX DE TOBILLO

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

## E. DIAGNÓSTICO

| E. DIAGNÓSTICO |                                                            | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | CONTUSION DEL TOBILLO                                      |                 |                 | S900 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.             | TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL PIE Y DEL TOBILLO |                 |                 | S907 | X   |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                                            |                 |                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 28/1/2026                             | 12:00           | FANNY         | VASQUEZ         | SOLORZANO        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1310630817                            |                 |               |                 |                  |

## 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

[illegible]

#### D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

#### E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

## F. DIAGNÓSTICO

| 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |