

3

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						
Ministerio de Salud Pública		1245	CSC de Valdivia		C	0800369902		0800369902						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Ceballos		Morales		Jacinto		Gonzalo		H	22/9/1970		H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0981751110					K									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO									
51106 Reforzado					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de profesionales. 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.									
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
Maipú	Tumbaco		Tumbaco											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
Municipio de La Habana	Hospital Neumología/Cardiología	Consulta Externa	Cirugía General

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Periódico, masculino de 40 años de edad, con APP de salud. Indica a consulta refiriendo que desde hace 2 años estos presenta raras ganas, no dolorosas, no características sobre escupido derecho; que ha disminuido en 1 ocasión pero ha vuelto la abundancia de U. blanca.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE = PRESUNTIVO	DEF = DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Quiste Epidermico			L720		(X)	4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (año-mes-día)	HORA (hor-min)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
24/02/26	10:52	Paul	Loor	Q
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1312184177			 Dr. Ronald Loor Q. ESPECIALISTA	

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	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCION DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

[illegible]

F. DIAGNÓSTICO		PRE- PRESENTIVO	DEF- DEFINITIVO	CE	PRE	DEF				CE	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	