

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1413	ESTABLECIMIENTO DE SALUD hosp. San Andrés 2	TIPOLOGÍA 070527-1959	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 070527-1959	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Carmez	SEGUNDO APELLIDO Rivas	PRIMER NOMBRE Melissa	SEGUNDO NOMBRE Elizabeth	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 15/6/38
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0986609715		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO 1987	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL PROVINCIA Morona	CANTÓN El Oro	PARAGUÍA Alfaro	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. Ineficiencia 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 MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO consulta externa	ESPECIALIDAD Ginecología
--------------------------------	--------------------------	------------------------------	-----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 38 años edad, antecedentes ca. uterino en investigación en salud. Muestra. Ayuda por dolor pélvico y sangrado vaginal escaso. Signos vitales normales.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Intervención por miomectomía

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. tumor maligno útero sitio no especificado			C55X	X		4. tumor maligno útero sitio no especificado	C55X	X	
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 25/9/2015	HORA (hh:mm) 2 pm	PRIMER NOMBRE Rómulo	PRIMER APELLIDO Muñoz	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312022369	FIRMA Rómulo Muñoz	Hospital Básico San Andrés Dr. Rómulo Muñoz Morera Medicina General 1312022369		

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

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