

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1306972538		1306972538	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN DE SALUD	
FAUBLA		SOLORZANO		IRINA		TAMARA	F	1972-01-03	53
								H	D
								M	A
								X	
0988431104-0995836502				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
				X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO					
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA			
13				BOLIVAR		CALCETA			
				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.			
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.			
				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria			
				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		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD			
MSP				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA			
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO									
FEMENINO DE 53 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR TRASTORNOS DISPEPTICOS, LA PACIENTE REFIERE CIRUGIAS ANTERIORES SOBRE EL PANCREAS NO PRECISA TIPO DE PROCEDIMIENTO, SI QUE HACE 6 MESES FUE DIAGNOSTICADO UN TUMOR DE PANCRAS POR TAC									
E. DIAGNOSTICO									
PRE - PRESUNTIVO		CIE	PRE	DEF	CIE		PRE	DEF	
1. TUMOR BENIGNO DEL PANCREAS		D136	X						
2.									
3.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
09/09/2025	9.00 a.m	NELSON		BETANCOURT		RIVERO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO					
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	X	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. DIAGNOSTICO									
PRE - PRESUNTIVO		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					