

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
Espinoza		Vera		Flor Maria		12	03	1944	79	F
						dia	mes	año	d-m-a	H/M
Nacionalidad	Pais	Cedula de Ciudadania o Pasaporte	Lugar			Direccion Domiciliaria			N° Telefonico	
Ecuatoriana	Ecuador	1304248451	13	1302	130252	Corcobado			0993404375 / 0982477134	
Ver instructivo	Describir Pais	Cedula diez digitos	Provincia	Canton	Parroquia				convencional/celular	

II. REFERENCIA: 1[X] DERIVACION: 2[]

1. Datos Institucionales										
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		
MSP		1304248451		Quiroga		CS		13D06		
Refiere o Deriva a:								Fecha		
MSP		Hospital De Especialidades Portoviejo		Consulta Externa		Gastroenterologia		24	05	2023
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Servicio		Especialidad		Dia	Mes	Año
2. Motivo de la Referencia o Derivacion:										
Limitada capacidad resolutive		1	☒	Saturacion de capacidad insta		4	☐			
Ausencia temporal del profesion		2	☐	Otros / Especifique:		5	☐			
Falta de profesional		3	☐	Null						
3. Resumen del cuadro clinico										
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL- CURSA CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DIFUSO- ADEMÁS DE CONSTIPACION CRONICA QUE ALTERNA CON DEPOSICIONES SEMILÍQUIDAS QUE DURAN HASTA POR 3 DIAS. NO REFIERE OTRO SINTOMA. SANGRE OCULTA EN HECES NO SE REALIZO.										
4. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos										
NA										
5. Diagnostico						CIE-10	PRE	DEF		
1	Otras Colitis Y Gastroenteritis No Infecciosas Especificadas					K528		X		
2										
Nombre del Profesional: Luis Gabriel Vivas Rodriguez						Codigo MSP: 1310742950		Firma:		

III. CONTRAREFERENCIA: 3[] REFERENCIA INVERSA: 4[]

1. Datos Institucionales											
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Servicio		Especialidad del servicio	
Contrareferio o Referencia inversa a:								Fecha			
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		Dia	Mes	Año	
2. Resumen del cuadro clinico											
3. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos											
4. Tratamiento y procedimientos terapeuticos realizados											
5. Diagnosticos de la Contrareferencia o Referencia Inversa						CIE-10	PRE	DEF			
1											
2											
6. Tratamiento de recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad											
Nombre del profesional especialista: _____ Codigo MSP: _____ Firma: _____											