



| 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                                       |                  |      |                         |   |   |   |   |
| MSP                                                         |  | 001414           | 10 De Agosto             |                                                                                                                                          | CS        | 1312584392                       |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                                                                                                                            |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |   |
| Cedeño                                                      |  | Andrade          |                          | Ignacio                                                                                                                                  |           | Bolívar                          |  | H                                                       | 18-10-1995       | 28   | H                       | D | M | A |   |
|                                                             |  |                  |                          |                                                                                                                                          |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                          | REFERENCIA                                                                                                                               |           | DERIVACIÓN                       |  | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |   |
| 423234324                                                   |  |                  |                          | X                                                                                                                                        |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.                                                                                                             |           | 6. Problemas de abastecimiento.  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |  | CANTÓN           |                          | PARROQUIA <td colspan="2">2. Falta de espacio físico.</td> <td colspan="2">7. Insuficiencia de profesionales.</td> <td colspan="5"></td> |           | 2. Falta de espacio físico.      |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                  |      |                         |   |   |   |   |
| 13                                                          |  | 1303             |                          | 130350                                                                                                                                   |           | 3. Falta de equipamiento.        |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  | X    |                         |   |   |   |   |
|                                                             |  |                  |                          |                                                                                                                                          |           | 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                                                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Cirugía General |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |  |
|-------------------------------|--|
| UUUUUUUUUUUU                  |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| YYYYYYYYYYYYYYYY                                                  |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                       | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------|-----------------|-----------------|------|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Dolor En Articulacion |                 |                 | M255 | X   | 4.  |  |     |     |     |
| 2.             |                       |                 |                 |      |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.             |                       |                 |                 |      |     | 6.  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-09-01                            | 03:57        | Ignacio       |  | Cedeño          | Andrade          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1312584392                            |              |               |  |                 |                  |

| 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

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