



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           | Santa Rita                       | CS             | 1350998132                                              |                   |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Velez                                 | Rivas            | Joffre                           | Geovanny       | H                                                       | 14-03-2002        | 22   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                       |                | DERIVACIÓN MOTIVO                                       |                   |      |                         |   |   |   |
| 093-955-1271                          |                  | X                                |                |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |                  | 2. Falta de espacio físico.      |                | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                |                  | 3. Falta de equipamiento.        |                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                             |                  | 4. Equipos en mal estado.        |                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |   |   |   |
| 13                                    |                  | 5. Problemas de infraestructura. |                | X                                                       |                   |      |                         |   |   |   |

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 | Cirugia General |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

REFERENCIA INVERS A PACIENTE ADULTO- PACIENTE S OLCITA VALORACION MEDICA POR MOLES TIAS EN TES TICULO DERECHO MUY GRANDE EL IZQUIERDO PEQUEÑO EN RELACION AL ANTERIOR.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NA

E. DIAGNÓSTICO

|                                                                                        |      |     |     |    |     |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO                                                        | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1. Trastornos Del Testiculo Y Del Epididimo En Enfermedades Clasificadas En Otra Parte | N511 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.                                                                                     |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                                                                     |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-09-03                            | 12:29        | Leonardo      | Mendoza         | Velasquez        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1709823288                            |              |               |                 |                  |

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