



| 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                           | Hospital Basico De Flavio Alfaro - San Andres | HB                                  | 1302099518                                              |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO                 | PRIMER NOMBRE                                 | SEGUNDO NOMBRE                      | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Lopez                                                       | Bartolo                          | Tasiano                                       | Null                                | H                                                       | 06-09-1955        | 70   | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                                  | REFERENCIA                                    |                                     | DERIVACIÓN                                              |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 0968554934                                                  |                                  | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                     | <input type="checkbox"/>                                |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                                  | 1. Accesibilidad geográfica.                  |                                     | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   |                                  | 2. Falta de espacio físico.                   |                                     | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | CANTÓN                           | 3. Falta de equipamiento.                     |                                     | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 1305                                                        | PARROQUIA                        | 4. Equipos en mal estado.                     |                                     | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 130550                                                      | 5. Problemas de infraestructura. |                                               | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |  |

| 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                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACUDE POR PRES ENTAR MAS A EN REGIÓN INGUINAL IZQUIERDA VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN- REFIERE QUE S E PRESENTO POS TERIORA LEVANTAR PESO- ACTUALMENTE PRODUCE DOLOR Y CAMBIOS EN EL HABITO DEFACTORIO |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| ERNIA INGUINAL IZQUIERDA                                          |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO                                           | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Hernia Inguinal Unilateral O No Especificada Con Obstruccion Sin Gangrena | K403 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                                                           |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                                                           |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-04-22                            | 03:49        |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |