

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	
Cedeño		Lucas		Simon Bolivar		24	07	1954	70	M
						dia	mes	año	d-m-a	H/M
Nacionalidad	Pais	Cedula de Ciudadania o Pasaporte	Lugar			Direccion Domiciliaria			N° Telefonico	
Ecuatoriana	Ecuador	1301938815	13	1303	130350	- - Prueba 2			0982212487	
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		1301938815		Hospital Basico De Calceta - Anibal Gonzales Alava		HB		13D06		
Refiere o Deriva a:								Fecha		
MSP		Hospital De Especialidades Portoviejo		Consulta Externa		Cirugia General		13	08	2024
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Servicio		Especialidad		Dia	Mes	Año
2. Motivo de la Referencia o Derivacion:										
Limitada capacidad resolutiva		1		Saturacion de capacidad insta		4				
Ausencia temporal del profesion		2		Otros / Especifique:		5				
Falta de profesional		3	X	Null						
3. Resumen del cuadro clinico										
GGGGGGGGGGGGGGGGGG										
4. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos										
AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA										
5. Diagnostico										
						CIE-10	PRE	DEF		
1	Dolor Abdominal Localizado En Parte Superior					R101	X			
2										
Nombre del Profesional: iiii						Codigo MSP: 65756757		Firma: _____		

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

1. Datos Institucionales												
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Servicio		Especialidad del servicio		
Contrarefiero 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: _____												