

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           |                | Andrade                          |           | Ignacio Bolivar |           | 18                     | 10  | 1995 | 28                   | M   |
|                  |                |                                  |           |                 |           | dia                    | mes | año  | d-m-a                | H/M |
| Nacionalidad     | Pais           | Cedula de Ciudadania o Pasaporte | Lugar     |                 |           | Direccion Domiciliaria |     |      | N° Telefonico        |     |
| Ecuatoriana      | Ecuador        | 1312584392                       | 13        | 1303            | 130350    | ----- Fsd fsd fsd      |     |      | 423234324            |     |
| 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                                                               |                       | 1312584392                               |                               | 10 De Agosto             |   | PS           |              | 21D02         |     |      |
| Refiere o Deriva a:                                               |                       |                                          |                               |                          |   |              |              | Fecha         |     |      |
| MSP                                                               |                       | Hospital General Napoleon Davila Cordova |                               | Consulta Externa         |   | Cardiologia  |              | 29            | 08  | 2024 |
| 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                                     |                       |                                          |                               |                          |   |              |              |               |     |      |
| FDGDFGD                                                           |                       |                                          |                               |                          |   |              |              |               |     |      |
| 4. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos |                       |                                          |                               |                          |   |              |              |               |     |      |
| DFGDFGDFGDF                                                       |                       |                                          |                               |                          |   |              |              |               |     |      |
| 5. Diagnostico                                                    |                       |                                          |                               |                          |   | CIE-10       | PRE          | DEF           |     |      |
| 1                                                                 | Dolor En Articulacion |                                          |                               |                          |   | M255         | X            |               |     |      |
| 2                                                                 |                       |                                          |                               |                          |   |              |              |               |     |      |
| Nombre del Profesional: Adsd                                      |                       |                                          |                               | Codigo MSP: E3243        |   |              | 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: _____ |  |                           |       |     |