

DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 0801960549	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Luna	SEGUNDO APELLIDO Vera	PRIMER NOMBRE Luis	SEGUNDO NOMBRE Harcia	SEXO H	FECHA NACIMIENTO 11/3/72
Nº TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0959411572		REFERENCIA X	DERIVACIÓN MOTIVO	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A	
PROVINCIA Manabí	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL CANTON Hauonifera	PARRQUIA Plano Alto	1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura 6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD Cirugía Vascular
--------------------------------	--------------------------	----------	----------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 72 años de edad refiere dolor en región inguinal lado derecho de seis meses de evolución, con presencia de masa mole blanda a la palpación.

APP: Sin antecedentes de hipertensión arterial ni diabetes.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Exámenes de laboratorio y ecografía abdominal.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRINCIPAL	PRINCIPAL	DEFINITIVO
1. Aneurisma y disección de aorta no especificado			129
2.			
3.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD) 16/00	HORA (HH:MM) 25/04/25	PRIMER NOMBRE Juan	PRIMER APELLIDO Cedeño	SEGUNDO APELLIDO Flores
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 0912634516		FIRMA Dr. Juan Cedeño Flores CLÍNICO EMERGENCIOLOGO ROLIO: 2-144-1437 RCP: 524 N° 828.07		

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-PRINCIPAL	PRINCIPAL	DEFINITIVO
1.			
2.			
3.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

A. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--------------------	--------------	---------------	-----------------	------------------