

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
FRANCO		ACOSTA		FABIANA LINDSEY		22 07 2019		6	M
						día mes año		d-m-a	H/M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			N° Telefónico	
Costa Rica	Costa Rica	0963598610	13		V. PORRAS, GARCIA B. A. P. 25			0989441325	
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria			Convencional/Celular

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

0994414671

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		
MSP		CSEC	A	13005		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP		C.EXT	TRINATOLOGIA	30	07	2021
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutoria 1 ☒ Saturación de capacidad instalada 4 ☐
 Ausencia temporal del profesional 2 ☐ Otros /Especifique: 5 ☐
 Falta de profesional 3 ☒

3. Resumen del cuadro clínico

PRESENCIA DE GARCAS DE ENAN PRESENTA ACORTAMIENTO Y GENTA HECTACION DE LA PULMON + DISMINUCION DE LA FUERZA MUSCULAR DEL MIEMBRO SUPERIOR. Requiere Pon. Posiciones Secuencial de TRATAMIENTO ALMACEN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACION ESPECIALIZADA CON ECUACION DE Anexo 002 PARA EL PROCESO DE CALIFICACION DE DISCAPACIDAD + GONOTOMIA.

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1 LONGITUD DEL GUL DE LOS MIEMBROS (ADQUIRIDA)	M217		x
2			

Nombre del profesional:

ALBA GARCIA

Código

MSP:

5741

Firma

Alba Garcia
 MEDICO CIRUJANO
 Reg. Soc. SVI N° 100-42-113

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		día mes año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

Código