

A+A1: CASO. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
MSP		1410	HAGA		B	1100710811		1100710811																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAZ (MARCAR)																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
DAVILA		LEIVA		LUIS		ENRIQUE		H	9/5/1948	76	H D M A X																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA		DERIVACIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
968910242 0992283589						X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
MANABI		CALCETA		CALCETA		1. Accesibilidad geográfica		X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
						2. Falta de espacio físico		X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
						3. Falta de equipamiento		X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
						4. Equipos en mal estado		X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
						5. Problemas de infraestructura		X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
MSP				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGÍA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AGOP																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES GASTRITIS CON PRESENCIA DE ÚLCERA DIAGNOSTICADA HACE 15 AÑOS, SEGUN REFIERE SIN CONTROL CON MÉDICO ESQUEALISTA. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR MELENAS DE NÚMERO INCONTABLE DE APROXIMADAMENTE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN, A SU LLEGADA CURSA CON HEMOGLOBINA DE 6.8 G/DL, SE CALCOA 2 PAQUETES GLOBULARES, CON VALORES POST TRANSFUSION DE HEMOGLOBINA 8.6 G/DL.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
HEMOGLOBINA A SU INGRESO 6.8 G/DL, HEMOGLOBINA POST TRANSFUSION 8.6 G/DL COLOCACION DE 2 PAQUETES GLOBULARES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
E. DIAGNÓSTICO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
PRE-REFERENCIA		LEVA	CE </tr <tr> <td colspan="2">DEFERENCIA</td> <td>PRE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA</td> <td>K922</td> <td>X</td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE</td> <td>D500</td> <td>X</td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="2">SEGUNDO APELLIDO</td> <td colspan="2">SELO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1/13/2025</td> <td colspan="2">9:00</td> <td colspan="2">MARCOS</td> <td colspan="2">AZUA</td> <td colspan="2">CEDENO</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1311550667</td> <td colspan="10">Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="2">REFERENCIA JUSTIFICADA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="2">DERIVACIÓN JUSTIFICADA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONTRAREFERENCIA</td> <td colspan="8">REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="12">A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</td> <td>UNICÓDIGO</td> <td colspan="2">ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> <td>TIPOLOGÍA</td> <td colspan="2">NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA</td> <td colspan="4">NÚMERO DE ARCHIVO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</td> <td colspan="2">ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> <td colspan="2">DISTRITO</td> <td colspan="6">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> </tr> <tr> <td colspan="12">C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">F. DIAGNÓSTICO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRE-REFERENCIA</td> <td>LEVA</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEFERENCIA</td> <td>PRE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr></td></tr></td></tr></td></tr></td></tr>	DEFERENCIA		PRE </tr <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA</td> <td>K922</td> <td>X</td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE</td> <td>D500</td> <td>X</td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="2">SEGUNDO APELLIDO</td> <td colspan="2">SELO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1/13/2025</td> <td colspan="2">9:00</td> <td colspan="2">MARCOS</td> <td colspan="2">AZUA</td> <td colspan="2">CEDENO</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1311550667</td> <td colspan="10">Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="2">REFERENCIA JUSTIFICADA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="2">DERIVACIÓN JUSTIFICADA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONTRAREFERENCIA</td> <td colspan="8">REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="12">A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</td> <td>UNICÓDIGO</td> <td colspan="2">ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> <td>TIPOLOGÍA</td> <td colspan="2">NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA</td> <td colspan="4">NÚMERO DE ARCHIVO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</td> <td colspan="2">ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> <td colspan="2">DISTRITO</td> <td colspan="6">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> </tr> <tr> <td colspan="12">C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">F. DIAGNÓSTICO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRE-REFERENCIA</td> <td>LEVA</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEFERENCIA</td> <td>PRE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr></td></tr></td></tr></td></tr>	DEF		CE </tr <tr> <td colspan="2">1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA</td> <td>K922</td> <td>X</td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE</td> <td>D500</td> <td>X</td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="2">SEGUNDO APELLIDO</td> <td colspan="2">SELO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1/13/2025</td> <td colspan="2">9:00</td> <td colspan="2">MARCOS</td> <td colspan="2">AZUA</td> <td colspan="2">CEDENO</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1311550667</td> <td colspan="10">Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="2">REFERENCIA JUSTIFICADA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="2">DERIVACIÓN JUSTIFICADA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONTRAREFERENCIA</td> <td colspan="8">REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="12">A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</td> <td>UNICÓDIGO</td> <td colspan="2">ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> <td>TIPOLOGÍA</td> <td colspan="2">NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA</td> <td colspan="4">NÚMERO DE ARCHIVO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</td> <td colspan="2">ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> <td colspan="2">DISTRITO</td> <td colspan="6">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> </tr> <tr> <td colspan="12">C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">F. DIAGNÓSTICO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRE-REFERENCIA</td> <td>LEVA</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEFERENCIA</td> <td>PRE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr></td></tr></td></tr>	1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA		K922	X	4.	2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE		D500	X	5.	3.				6.	F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE												FECHA (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SELO		1/13/2025		9:00		MARCOS		AZUA		CEDENO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA										1311550667		Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667										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		TIPOLOGÍA	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-REFERENCIA		LEVA	CE </tr <tr> <td colspan="2">DEFERENCIA</td> <td>PRE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr></td></tr>	DEFERENCIA		PRE </tr <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr>	DEF		CE </tr <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr>	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 (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO																NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA																					
DEFERENCIA		PRE </tr <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA</td> <td>K922</td> <td>X</td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE</td> <td>D500</td> <td>X</td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="2">SEGUNDO APELLIDO</td> <td colspan="2">SELO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1/13/2025</td> <td colspan="2">9:00</td> <td colspan="2">MARCOS</td> <td colspan="2">AZUA</td> <td colspan="2">CEDENO</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1311550667</td> <td colspan="10">Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="2">REFERENCIA JUSTIFICADA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="2">DERIVACIÓN JUSTIFICADA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONTRAREFERENCIA</td> <td colspan="8">REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="12">A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</td> <td>UNICÓDIGO</td> <td colspan="2">ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> <td>TIPOLOGÍA</td> <td colspan="2">NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA</td> <td colspan="4">NÚMERO DE ARCHIVO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</td> <td colspan="2">ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> <td colspan="2">DISTRITO</td> <td colspan="6">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> </tr> <tr> <td colspan="12">C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">F. DIAGNÓSTICO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRE-REFERENCIA</td> <td>LEVA</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEFERENCIA</td> <td>PRE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr></td></tr></td></tr></td></tr>	DEF		CE </tr <tr> <td colspan="2">1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA</td> <td>K922</td> <td>X</td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE</td> <td>D500</td> <td>X</td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="2">SEGUNDO APELLIDO</td> <td colspan="2">SELO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1/13/2025</td> <td colspan="2">9:00</td> <td colspan="2">MARCOS</td> <td colspan="2">AZUA</td> <td colspan="2">CEDENO</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1311550667</td> <td colspan="10">Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="2">REFERENCIA JUSTIFICADA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="2">DERIVACIÓN JUSTIFICADA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONTRAREFERENCIA</td> <td colspan="8">REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="12">A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</td> <td>UNICÓDIGO</td> <td colspan="2">ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> <td>TIPOLOGÍA</td> <td colspan="2">NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA</td> <td colspan="4">NÚMERO DE ARCHIVO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</td> <td colspan="2">ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> <td colspan="2">DISTRITO</td> <td colspan="6">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> </tr> <tr> <td colspan="12">C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">F. DIAGNÓSTICO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRE-REFERENCIA</td> <td>LEVA</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEFERENCIA</td> <td>PRE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr></td></tr></td></tr>	1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA		K922	X	4.	2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE		D500	X	5.	3.				6.	F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE												FECHA (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SELO		1/13/2025		9:00		MARCOS		AZUA		CEDENO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA										1311550667		Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667										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		TIPOLOGÍA	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-REFERENCIA		LEVA	CE </tr <tr> <td colspan="2">DEFERENCIA</td> <td>PRE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr></td></tr>	DEFERENCIA		PRE </tr <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr>	DEF		CE </tr <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr>	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 (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO																NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA																									
DEF		CE </tr <tr> <td colspan="2">1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA</td> <td>K922</td> <td>X</td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE</td> <td>D500</td> <td>X</td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="2">SEGUNDO APELLIDO</td> <td colspan="2">SELO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1/13/2025</td> <td colspan="2">9:00</td> <td colspan="2">MARCOS</td> <td colspan="2">AZUA</td> <td colspan="2">CEDENO</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1311550667</td> <td colspan="10">Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="2">REFERENCIA JUSTIFICADA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="2">DERIVACIÓN JUSTIFICADA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONTRAREFERENCIA</td> <td colspan="8">REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="12">A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</td> <td>UNICÓDIGO</td> <td colspan="2">ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> <td>TIPOLOGÍA</td> <td colspan="2">NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA</td> <td colspan="4">NÚMERO DE ARCHIVO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</td> <td colspan="2">ESTABLECIMIENTO DE SALUD</td> <td colspan="2">DISTRITO</td> <td colspan="6">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> </tr> <tr> <td colspan="12">C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS</td> </tr> <tr> <td colspan="12">F. DIAGNÓSTICO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRE-REFERENCIA</td> <td>LEVA</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEFERENCIA</td> <td>PRE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr></td></tr></td></tr>	1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA		K922	X	4.	2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE		D500	X	5.	3.				6.	F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE												FECHA (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SELO		1/13/2025		9:00		MARCOS		AZUA		CEDENO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA										1311550667		Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667										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		TIPOLOGÍA	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-REFERENCIA		LEVA	CE </tr <tr> <td colspan="2">DEFERENCIA</td> <td>PRE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr></td></tr>	DEFERENCIA		PRE </tr <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr>	DEF		CE </tr <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr>	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 (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO																NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA																												
1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA		K922	X	4.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE		D500	X	5.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
3.				6.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
FECHA (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SELO																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
1/13/2025		9:00		MARCOS		AZUA		CEDENO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
1311550667		Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
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		TIPOLOGÍA	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-REFERENCIA		LEVA	CE </tr <tr> <td colspan="2">DEFERENCIA</td> <td>PRE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr></td></tr>	DEFERENCIA		PRE </tr <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr>	DEF		CE </tr <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr>	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 (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO																NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																														
DEFERENCIA		PRE </tr <tr> <td colspan="2">DEF</td> <td>CE<!--</tr--> <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> </td></tr>	DEF		CE </tr <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr>	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 (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO																NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																		
DEF		CE </tr <tr> <td colspan="2">1.</td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA (AAAA-MM-DD)</td> <td colspan="2">HORA (HH:MM)</td> <td colspan="2">PRIMER NOMBRE</td> <td colspan="2">PRIMER APELLIDO</td> <td colspan="4">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</td> <td colspan="10">FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr>	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 (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO																NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																					
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 (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							