

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 01410	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hibata	TIPOLOGÍA Básico	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 13000 38104	NÚMERO DE ARCHIVO 13000 38104				
PRIMER APELLIDO Basento	SEGUNDO APELLIDO Solorzano	PRIMER NOMBRE Angel	SEGUNDO NOMBRE Antonio	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 14-5-1946	EDAD 78	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
Nº TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 099938 1439			REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica			6. Problemas de abastecimiento			
PROVINCIA Manabí	CANTÓN Bolívar	PARROQUIA Calata	2. Falta de espacio físico			7. Insuficiencia de profesionales			
			3. Falta de equipamiento			8. Inadecuada capacidad resolutiva			
			4. Equipo en mal estado			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
			5. Problemas de infraestructura						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hospital Hipólito Bita	SERVICIO Quirófano Externa	ESPECIALIDAD Neurología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Masculino de 78 años con APP Hipertensión arterial y DM2 hace más de 20 años. Cefaleas (2) marcadas con Dr. de insuficiencia renal crónica aguda con documentos médicos de su primer ingreso en clínica de Manabí al que fue derivado a través de la RPS en donde médico tratante indica valoración urgente por neurología.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRINCIPAL	DEF. DEFINITIVA	CI	PRE	DEF	CI	PRE	DEF
1.	Enfermedad Cardiovascular Hipertensiva			I B2	x	4.			
2.	Con insuficiencia renal					5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd) 7-2-2025	HORA (hh:mm) 10:00	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	Dr. Nelson Alberto Betancourt Rivero CIRUGIA GENERAL C.I.: 0960003283 REG. SENESCYT: CU-15-12937			

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-PRINCIPAL	DEF. DEFINITIVA	CI	PRE	DEF	CI	PRE	DEF
1.									
2.									
3.									

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	SELLO			