

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1300563531		1300563531	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO	EDAD	H D M A	
ESMERALDAS		VERA		ANGEL		TOMAS	M	1941-12-11	83
0978676526- 0968326598		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN		MOTIVO	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento	
PROVINCIA		BOLIVAR		CALCETA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales	
13						3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria	
						4. Equipos 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	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	NAPOLEÓN DAVILA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGÍA GENERAL

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 83 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE ACTETERISMO HACE 7 AÑOS, INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA, INSUFICIENCIA VALVULAR AORTICA, HIPERTENSION ARTERIAL. REFIERE DOLOR EN REGIÓN INGUINAL BILATERAL HACE 15 AÑOS Y AUMENTO DE VOLUMEN AL REALIZAR ESFUERZO FÍSICO, REDUCIBLE ADemás AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN UMBILICAL HACE VARIOS MESES, NO DOLOR

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF
1.	HERNIA INGUINAL BILATERAL SIN OBSTRUCCIÓN NI		K402		X
2.					
3.	HERNIA UMBILICAL		K429		X

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
03/12/2025	9.00a.m	JANETH	MASAPANTA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SEGUNDO APELLIDO
1204015455			ZAPATA

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/ DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA

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-PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF
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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SEGUNDO APELLIDO