

A. 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	HBAGA		B	1300959002		1300959002													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN DE SALUD												
REYES		CHAVEZ		IGNACIO		TIBURCIO	M	1941-08-11	83	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				H	D	M	A				X
H	D	M	A																		
			X																		
0980022041-0988850486				REFERENCIA		DERIVACIÓN															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.													
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.													
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutoria													
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													
13				BOLIVAR		CALCETA															
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA																					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD															
MSP				CONSULTA EXTERNA		CIRUGÍA															
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO																					
MASCULINO 83 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS DISPEPTICOS E INTOLERANCIA A LOS COLECISTOQUINETICOS EN RELACION CON COLELITIASIS																					
E. DIAGNOSTICO																					
PRE - PRESUNTIVO		CIE		PRE		DEF		CIE		PRE		DEF									
1.		OTRAS COLELITIASIS		K 808		X		4.													
2.								5.													
3.								6.													
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE																					
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO													
14/01/2025		8.00 am		NELSON		BETANCOURT		RIVERO													
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO													
0960003283																					
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN																					
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI		X		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. DIAGNOSTICO																					
PRE - PRESUNTIVO		CIE		PRE		DEF		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		SEGUNDO APELLIDO													
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO													