

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1301489363		1301489363	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD	
MEJIA		MOSQUERA		AYDA		MARIA		74	
				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
				X					
0967704741-0993438157						MOTIVO			
				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento			
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales		X	
				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					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA					
13		PICHINCHA		PICHINCHA					
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									
FEMENINO DE 74 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL, ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR TRASTORNOS DISPEPTICOS EN RELACION A CALCULO VESICULAR									
ECO COLELITIASIS									
E. DIAGNÓSTICO									
PRE = PRESUNTIVO		CIE		PRE		DEF			
DEF = DEFINITIVO		K808				X			
1.									
2.									
3.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
29/01/2026		9.00a.m		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		UNICODIGO	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 = PRESUNTIVO		CIE		PRE		DEF			
DEF = DEFINITIVO									
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					