

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA
RIA

Apellido materno <i>Andrade</i>		Nombres <i>Enrique Luis</i>		Fecha de Nacimiento <i>10 07 1954</i>	Edad <i>70</i>	Sexo <i>M</i>
Nacionalidad <i>Ecuador</i>	País <i>Ecuador</i>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <i>1301991839</i>	Lugar de residencia actual <i>Manabí</i>	Dirección Domicilio <i>Chono</i>		N° Telefónico <i>0932237806</i>
Ver Instructivo	Detallar País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria

II. REFERENCIA: ☒ DERIVACIÓN: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <i>RSP</i>	Hist. Clínica No. <i>1301991839</i>	Establecimiento de Salud <i>CS San Pablo</i>	Tipo <i>A</i>	Distrito/Área <i>13007</i>
Refiere o Deriva a: <i>Examen Hematológico</i>				
Entidad del sistema <i>RSP</i>	Hist. Clínica No. <i>HND</i>	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad <i>19 07 2024</i>

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria ☒
 Ausencia temporal del profesional ☐
 Falta de profesional ☒

Saturación de capacidad instalada ☐
 Otros /Especifique: ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 70 años de edad, sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial y fibrilación auricular, acude por presentar desde algunos días de un dolor en el pecho, que se irradia a la espalda, dolor y zumbido en ambos oídos, por lo que pide referir para valoración y tratamiento.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
1 <i>Hipertensión, no especificada</i>	<i>I10</i>		☒
2			

Nombre del profesional: *Dr. Luis López Rodríguez*

Código MSP: *236*

Firma: *Dr. Luis López Rodríguez*
MEDICO CIRUJANO
 Reg. MSP: L: 34 F: 79 N° 236

III. CONTRAREFERENCIA: ☐ REFERENCIA INVERSA: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	Fecha	
				día mes año	

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista: _____

Código MSP: _____

Firma: _____

7. Referencia Justificada ☐