

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno <i>Hernandez</i>	Apellido materno <i>—</i>	Nombres <i>Isaac Ismael</i>	Fecha de Nacimiento 01/04/1952
Nacionalidad <i>Ecu</i>	País <i>Ecu</i>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <i>1302171465</i>	Lugar de residencia actual <i>Provincia: Caba S. P. Barro</i>
Ver Instructivo	Descripción País	Cédula diez dígitos	Provincia Cantón Parroquia
Dirección Domicilio <i>Sangre</i>			Nº Telefónico <i>0963298135</i>
Calle Principal y Secundaria			Convencional/Celular <i>0995433183</i>

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <i>HSP</i>	Hist. Clínica No. <i>1302171465</i>	Establecimiento de Salud <i>JCS Juan López</i>	Tipo <i>H</i>	Distrito/Área <i>13007</i>
Refiere o Deriva a: <i>HNDL Santa Elena Medicina Interna</i>				
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha 26/03/2024

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria ☒ Saturación de capacidad instalada ☐
Ausencia temporal del profesional ☐ Otros /Especifique: ☐
Falta de profesional ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Se refiere de 72 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial por 3 años, controlado con Amlodipino 5mg. Actualmente presenta dolor de cabeza, náuseas y vómitos, por lo que acude a consulta en el Hospital General de Santa Elena para valoración y manejo.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

1	<i>Enfermedad Hipertensiva</i>	CIE-10 <i>I15.90</i>	PRE	DEF ☒
2				

Nombre del profesional: *Dr. Eni López Rodríguez* Código MSP: *256* Firma: *Dr. Eni López Rodríguez*

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

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: _____