

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	1302350606		1302350606			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EGAD		
VERA		ALCIVAR		NELSON		M	1953-02-16	71	H	P	A
0994034702 - 0989580734		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN		MOTIVO			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica		2. Falta de espacio físico		3. Falta de equipamiento		4. Equipos en mal estado		5. Problemas de infraestructura	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento		7. Insuficiencia de profesionales		8. Inadecuada capacidad resolutiva		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		CIRUGIA GENERAL					
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO											
PACIENTE MASCULINO DE 71 AÑOS DE EDA CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. REFIERE AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN DE FLANCO DÉRCHO Y DOLOR AL REALIZAR ESFUERZO FÍSICO											
E. DIAGNOSTICO											
PRE - PRESINTO		DEF - DEFINITIVO	CE	PRE	DEF						
1. HERNIA DE SPIGEL			K439		X						
2.											
3.											
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE											
FECHA (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
25/11/2024		11.30 a.m		JANETH		MASAPANTA		ZAPATA			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		Firma		Firma		Firma			
1204015455		Janeth Masapanta Zapata		Especialista Cirujía General		1204015455					
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA		S		N		DERIVACIÓN JUSTIFICADA		S		N	
CONTRAREFERENCIA		S		N		REFERENCIA INVERSA		S		N	
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 - PRESINTO		DEF - DEFINITIVO	CE	PRE	DEF						
1.											
2.											
3.											
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		Firma		Firma		Firma			