

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		1114	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES		B	1302762198									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE				SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
MERO		VALENCIA		ARNULFO		RICARDO		H	03/041/1957	67	H	D	M	A	
															X
				REFERENCIA				DERIVACIÓN		X					
0986959428															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL															
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE											
				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.							
				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.							X
				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive							X
				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
				5. Problemas de infraestructura.											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVIDA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA GENERAL	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

APP: HIGADO GRASO, HIPERTENSION ARTERIAL

AXQ: NO REFIERE

ALERGIAS: NO REFIERE

CUADRO CLÍNICO: PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE DOLOR AEN REGION INGUINAL IZQUIERDA, CON PROTUBERANCIA DE MASA, PACIENTE QUE MANIFIESTA AL HACER ESFUERZO F ISICO SE DENOTA MASA INGUINAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEMOGLOBINA 12,3 HEMATOCRITO 36,9 PLAQUETAS 235	

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K 409		X	4.				
2.					5.				
3.				X	6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/02/14	11:30	ELEANA		VASQUEZ		SOLORIZANO	
CEDULA		FIRMA				SELLO	
1310630817							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI		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	
MSP		1411	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES		BASICO				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	
MSP				13D12		

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		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	