

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1245	C.s. Carlos Morales		c	1303251175					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Bravo		Menendez		Manuel		Arcadio		M	22/04/1954	71	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA	DERIVACIÓN				
985023024						X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						MOTIVO					
1. Accesibilidad geográfica.						6. Problemas de abastecimiento.					
2. Falta de espacio físico.						7. Insuficiencia de profesionales.					
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.						X					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
MANABI	JUNIN	JUNIN(mendoza en la entrada a caña dulce)									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		Consulta Externa	cirugia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Masculino de 71 años de edad que en el día de hoy acude a consulta desde la emergencia con fuerte dolor en mesogastrio, la cual se observa un ligero aumento de volumen que no tolera la manipulación, dolor que presenta desde hace 3 días, pero mas menos hace 2 años que padece de este auemnto de volumen, por tal razon se requiere de interconsulta con cirugía general para evaluación y conducta.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Hernia umbilical, sin obstruccion, ni gangrena			k429		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/03/2026	15:00 PM	JAVIER ANDRES	CARRERA	HURTADO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
802980185				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN							
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO
CONTRAREFERENCIA ☐				REFERENCIA INVERSA ☐			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO	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	