

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1303421307		1303421307	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO				SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	H D M A
MENDIETA		ZAMBRANO		MAGDALENA		MARIA	F	1963-11-25	61
				REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		
0990996427-0992598290				MOTIVO		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN	PARROQUIA						
13		BOLIVAR	CALCETA		X				
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									
FEMENINA DE 61 AÑOS DE EDAD CON OBESIDAD MORBIDA, ANTECEDENTES DE DIABTES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR AUMENTO DE VOLUMEN DOLOROSO EN SITIO OPERATORIO ANTERIOR EN RELACION CON HERNIA INCISIONAL									
E. DIAGNÓSTICO									
PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	HERNIA INCISIONAL SIN OBSTRUCCION O GANGRENA	K432		X					
2.									
3.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
11/11/2025	9.00a.m	NELSON		BETANCOURT		RIVERO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO					
0960003283									
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	X	NO	
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA					
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	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 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					