

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1303476673		1303476673	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD	H D M A
PENARRIETA		INTRIAGO		CARMEN		DIONILA		F	1961-02-04 64
0992460056- 0982084164				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				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 resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							
13	BOLIVAR	CALCETA							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	NAPOLEÓN DAVILA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGÍA GENERAL

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 64 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO REFIERE DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN REGIÓN UMBILICAL HACE 10 AÑOS Y AUMENTO DE VOLUMEN AL REALIZAR ESFUERZO FÍSICO

E. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESUNTIVO	DEF = DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1.	HERNIA UMBILICAL					K429	X	
2.								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26/11/2025	9.00a.m	JANETH	MASAPANTA	ZAPATA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1204015455				

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	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. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESUNTIVO	DEF = DEFINITIVO	CIE	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		SELLO