

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno <i>Force</i>	Apellido materno <i>Flora</i>	Nombres <i>Manuel de Jesús</i>	Fecha de Nacimiento <i>24/12/1976</i>
Identidad <i>Force</i>	País <i>Venezuela</i>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <i>1303493264</i>	Lugar de residencia actual <i>Chare Spda Chare</i>
Dirección Domicilio <i>Chare</i>		N° Telefónico <i>0995986383</i>	

II. REFERENCIA: ☒ DERIVACIÓN: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <i>MSP</i>	Hist. Clínica No. <i>1303493264</i>	Establecimiento de Salud <i>CS Juan Miguel</i>	Tipo <i>H</i>	Distrito/Área <i>15007</i>
Refiere o Deriva a: <i>HNSC, Salud Exten Medicina Urbana</i>				
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha <i>25/01/2024</i>

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria ☒ Saturación de capacidad instalada ☐
Ausencia temporal del profesional ☐ Otros /Especifique ☐
Falta de profesional ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Varón de 66 años de edad, sexo hombre con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y asma bronquial. Ingresa por cuadro de dolor abdominal en la zona de la epigastria, de tipo cólico, intermitente, de 12 horas de evolución, asociado a náuseas y vómitos. Se refiere que el dolor se inició en la zona de la epigastria y se irradia hacia la zona de la espalda. No refiere fiebre, ictericia ni cambios en el color de la orina. Se refiere que el dolor se inició en la zona de la epigastria y se irradia hacia la zona de la espalda. No refiere fiebre, ictericia ni cambios en el color de la orina.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--	--	--	--

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
<i>1. Estenosis por el anillo de la válvula</i>	<i>I052</i>		☒
<i>2. Insuficiencia de la válvula mitral y aórtica</i>	<i>I080</i>		☒

Nombre del profesional *Dr. Luis López Rodríguez*

Código MSP *256*

Dr. Eni López Rodríguez

III. CONTRAREFERENCIA: ☐ REFERENCIA INVERSA: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
---------------------	--------------------	--------------------------	------	----------	---------------------------

Contrarefiere o Referencia inversa a:

Fecha

Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	dia	mes	año
---------------------	--------------------------	------	---------------	-----	-----	-----

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
<i>1</i>			
<i>2</i>			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: