



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Distrital 13D07 Chone - Flavio Alfaro Salud

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
Mera	Zambrano	Teresa Genoveva	06/02/1962		M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual	Dirección Domicilio	Nº Telefónico
Ecuatoriana	Ecuador	1303601817	Manabí Chone Boyaca	Boyaca Centro	
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia Cantón Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1303601817	Centro de Salud Boyaca	A	13D07
Refiere o Deriva a:				Fecha
MSP	Hospital Napoleon Davila	Consulta externa	Emergencia General	28/11/2024
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día mes año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria 1 ☒ Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Ausencia temporal del profesio 2 ☐ Otros /Especifique: 5 ☐
Falta de profesional 3 ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente femenina de 62 años de edad acude a centro de salud por presentar disminución de peso involuntario relativo que se acompaña con anorexia por lo que se decide iniciar trámite de referencia para realizar estudios pertinentes

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-Pérdida de peso involuntario relativo

5. Diagnóstico

1	Mara abdominal	CIE-10	PRE	DEF
2		2190	X	

Nombre del profesional: Dra. Arellys Zamora

Código MSP:

Firma

Dra. Arellys Zamora P
MÉDICO GENERAL
C.I. 1315257476
Reg. Sanit. No. 1011771233

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

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	día	mes año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

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

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: