

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		1114	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES		B	1303670648								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE				SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
RIVAS		PIN		RAUL		JACINTO		H	23/06/1962	64	H	D	M	A
CELULAR				REFERENCIA				DERIVACIÓN		X				
0959771452														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
MANABI	ROCAFUERTE	DANZARIN												

1. anestesiar a paciente
2. Falta de espacio físico.
3. Falta de equipamiento.
4. Equipos en mal estado.
5. Problemas de infraestructura.

MOTIVO
6. Problemas de anastomosis
7. Insuficiencia de profesionales.
8. Inadecuada capacidad resolutoria
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

X

X

X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD
HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA GENERAL

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE 64 AÑOS QUE REFIERE CUADRO DE HERNIA UMBILICAL DE GRAN TAMAÑO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HERNIA UMBILICAL

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
2026/06/25	12:00	ELEANA	VASQUEZ	SOLORZANO
CEDULA		FIRMA		SELLO
1310630817				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

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
MSP	1411	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES			

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