

OS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA Usp	UNICÓDIGO 1413	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HBJA	TIPOLOGÍA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1303994401	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Pomharo	SEGUNDO APELLIDO Soldanaga	PRIMER NOMBRE Colendari	SEGUNDO NOMBRE Genoveva	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 02/02/1988
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0988257856		REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H ☒ D ☐ M ☐ A ☐	
PROVINCIA Nariño	CANTÓN El Guano	PARROQUIA El Guano	MOTIVO 1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de equipamiento 3. Falta de personal 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura 6. Problemas de abastecimiento 7. Ineficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		

OS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Consulta Blanca	SERVICIO Cardiopatología	ESPECIALIDAD
-------------------------	--	------------------------------------	--------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

En cuadro clínico de 4 años de evolución, inicio de deposiciones negras, palidez generalizada, astenia, cefalea.
Glasgow: 15/15

LAZOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Hb: 5.2
Plaquetas: 11
Cupo sanguíneo: 0+
TP: 14.3
TNR: 1.03
TCoag: 1
GMin:

GNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
Hemograma completo, lo especificado.		Ran		X				

OS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 12/04/2026	HORA (hh:mm) 13:56	PRIMER NOMBRE Grana	PRIMER APELLIDO Andrade	SEGUNDO APELLIDO Quintero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1313994409		Sello Dra. Denisse Andrade MÉDICA CIRUJANA C.I: 1313994848		

ALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	REFERENCIA INVERSA	SI	NO
------------------------	----	----	--------------------	----	----

OS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

OS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

LAZOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

AGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

OS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--------------------	--------------	---------------	-----------------	------------------

