

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO/ PACIENTE													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1410	HBAGA		B	1304176074		1304176074					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO				SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN (MARCAR)				
zabrano		Ganchozo		Auxilio		Trinidad	F	1962-03-18	64	H	D	M	A
													X
0979880913 - 09877045418				REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
				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 resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				CANTÓN		PARROQUIA							
13				BOLIVAR		CALCETA							
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD							
MSP				CONSULTA EXTERNA		cirugía general							
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO													
Paciente femenina de 64 años de edad con Hernia umbilical hace 5 años. Refiere que hace 30 días presenta dolor abdominal localizado en región umbilical y aumento de volumen al realizar esfuerzo físico.													
E. DIAGNÓSTICO													
PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF					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					
06/03/2026		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		UNICÓDIGO	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					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							