

FORMULARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Pérez	BARRIA	Pedro	Juan	H		30	H D M A X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO		
0969750499					6 Problemas de abastecimiento 7 Insuficiencia de profesionales 8 Inadecuada capacidad resolutoria 9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					
PROVINCIA	CANTÓN	PARRÓQUIA					
MANABI	Florencia	Florencia					

FORMULARIO DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
			Gastroenterología

CONTENIDO DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 30 años con HP + HTA + B2 (controlado) Diverticulosis (H2C B2C)
 con cuadro clínico de dolor en regiones, hematocrecia con coágulos
 Hospital General

LAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PRUEBAS PREVIAS	PRUEBAS DE LABORATORIO	PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	PRUEBAS DE MONITORIZACIÓN	PRUEBAS DE MONITORIZACIÓN	PRUEBAS DE MONITORIZACIÓN
HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA
HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA
HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA	HEMATOCRECIA

FORMULARIO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
		Dr. Diego	Dr. Diego	Dr. Diego
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Firma		
13102424-8		Firma		

SITUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

FORMULARIO 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

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

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

CONTENIDO DEL CUADRO CLÍNICO

LAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

PRUEBAS PREVIAS	PRUEBAS DE LABORATORIO	PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	PRUEBAS DE MONITORIZACIÓN	PRUEBAS DE MONITORIZACIÓN	PRUEBAS DE MONITORIZACIÓN

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

FORMULARIO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Firma		
		Firma		

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA