

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP		1410	HBAGA		B	1304707704		1304707704		
SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD		H D M A		
SALTOS		MACIAS		NARCISA		LEOPOLDINA		F	1960-12-10 65	
0992361840-0969705509		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		8. Inadecuada capacidad resolutoria.	
13	2	50			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	CIRUGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			
FEMENINO DE 60 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL CRÓNICA Y DIABETES, ACUDE A CONSULTA REFERIDA DEL ÁREA DE SALUD POR PRESENTAR TRASTORNOS DISPEPTICOS EN RELACION CON LITIASIS VESICULAR			
ECO . COLELITIASIS			

E. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	COLELITIASIS				K808		X			
2.										
3.										

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
27/02/2026	9.00a.m	NELSON	BETANCOURT
SEGUNDO APELLIDO		RIVERO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO	
0960003283			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/ DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA
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	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		SELLO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		