

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		1410	HBAGA		B	11304780156		1304780156						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO				SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD					
LOOR		IARAMILLO		NARCISA		ADELINA	F	1963-03-20	62	H	D	M	A	
													X	
0959104757				MOTIVO										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
13	BOLIVAR	CALCETA												
6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.														
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐														
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD								
MSP				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA								
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO														
FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO, EN SEGUIMIENTO POR GASTROENTEROLOGIA POR TRASTORNOS DEL COLON, PENDIENTE COLONOSCOPIA PARA LA CUAL NUNCA FUE CITADA, ACUDE A CONSULTA CON DISTENSIÓN ABDOMINAL DIFUSA REFIERE MÁS DE 4 MESES CON DIARREAS														
TAC HEPATOMEGALIA														
E. DIAGNÓSTICO														
PRE = PRESUNTIVO		CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF			
1.	ENFERMEDAD DEL INTESTINO NO ESPECIFICADA	K639	X											
2.														
3.														
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE														
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO							
20/08/2025		9.00a.m	NELSON		BETANCOURT		RIVERO							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA			SELLO								
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		TIPOLOGIA	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		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								