

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 13M	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HUBSA	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 13047891821	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Trujillo	SEGUNDO APELLIDO Alvarado	PRIMER NOMBRE Jose	SEGUNDO NOMBRE Ramon	SEXO	FECHA NACIMIENTO
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0984581001		REFERENCIA		DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) N O M A
PROVINCIA Manabí	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Flaco Alto	CANTÓN Flaco Alto	PARROQUIA Flaco Alto	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.	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO Consulta Externa	ESPECIALIDAD Neumología
--------------------------------	--------------------------	------------------------------	----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 60 años de edad que no se acuerda de tiempo poquito haberse
dibujado y por eso hace 3 años pensando que hacen año también le hicieron modelo
de los pulmones por chequeo al material. Actualmente paciente refiere dolor, disnea
para decumbular.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Síntomas de dolor de pecho	1932		X				
2. Infección							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD) 2018/10/15	HORA (hh:mm) 15:40	PRIMER NOMBRE Tania	PRIMER APELLIDO Terceros	SEGUNDO APELLIDO Hernandez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA 	Dra. Tania Terceros MEDICO GENERAL CI. 1722309398	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	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

DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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

G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--------------------	--------------	---------------	-----------------	------------------

