

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																					
INSTITUCION DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NUMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA		NUMERO DE ARCHIVO													
MSP		1410	HBAGA		B	1304830324		1304830324													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICION DE SALUD												
REYES		MEJIAS		NOBEY		MARIA	F	1963-07-14	61	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				H	D	M	A				X
H	D	M	A																		
			X																		
0968359715-0982332778				REFERENCIA	☒	DERIVACION															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geografica.		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.													
PROVINCIA				2. Falta de espacio fisico.				7. Insuficiencia de profesionales.													
CANTON				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutiva													
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestacion en la cartera de servicios													
13				BOLIVAR		CALCETA		5. Problemas de infraestructura.													
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA																					
INSTITUCION DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD															
MSP				CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA															
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO																					
FEMENINA DE 61 AÑOS DE DAD QUE ACUDE A CONSULTA REFERIDA DEL AREA DE SALUD POR HERNIA ABDOMINAL ,PACIENTE CON DELGADEZ EXTREMA GRAN DEBILIDAD DE PARED ABDOMINAL,TRASTORNOS MORFOLOGICOS IMPORTANTES DE COLUMNA VERTEBRAL, ANTECEDENTES DE CIRUGIA POR HERNIA HIATAL																					
E. DIAGNOSTICO																					
PRE = PRESUNTIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF												
1. HERNIA ABDOMINAL		K 429		X	4.																
2.					5.																
3.					6.																
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE																					
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO													
07/11/2024		11.30 a.m		NELSON		BETANCOURT		RIVERO													
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				FIRMA		SELLO															
0960003283																					
G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION																					
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACION JUSTIFICADA				SI	X	NO									
CONTRAREFERENCIA				☐		REFERENCIA INVERSA				☐											
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA																					
INSTITUCION DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NUMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA		NUMERO DE ARCHIVO													
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA																					
INSTITUCION DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO		FECHA (aaaa-mm-dd)															
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO																					
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS																					
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS																					
F. DIAGNOSTICO																					
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													
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				FIRMA		SELLO															