

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                               |                  |               |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------|---------------|
| INSTITUCION DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD      | SERVICIO         | ESPECIALIDAD  |
| MSP                                                     | HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEON | CONSULTA EXTERNA | TRAUMATOLOGIA |

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

| E. DIAGNÓSTICO |                                     | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF                                 | CIE  | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-------------------------------------|------|-----|-----|
| 1.             | ESPINABIFIDA LUMBAR SIN HIDROCEFALO |                                    | Q057 | X   | ESPINABIFIDA LUMBAR SIN HIDROCEFALO | Q057 |     | X   |
| 2.             | COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA        |                                    | M169 | X   | COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA        | M169 |     | X   |
| 3.             |                                     |                                    |      |     |                                     |      |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-12-10                            |                 | DENISSE       | VELEZ           | UTRERAS          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1313003682                            |                 |               |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/ DERIVACIÓN |  |    |  |                        |  |  |    |  |    |
|--------------------------------------------|--|----|--|------------------------|--|--|----|--|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                     |  |    |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |  |    |  |    |
| SI                                         |  | NO |  |                        |  |  | 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 |  |
|----------------------------------------------------------|--|
|                                                          |  |
|                                                          |  |
|                                                          |  |

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     |     |     |     |

|                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE |  |
|                                                                                         |  |
|                                                                                         |  |
|                                                                                         |  |

| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |