

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno <u>Teodoro</u>		Apellido materno <u>Zambrano</u>		Nombres <u>María Esperanza</u>		Fecha de Nacimiento <u>24</u> <u>07</u> <u>1963</u>		Edad <u>61</u>	Sexo <u>M</u>
Nacionalidad <u>Colombiana</u>	País <u>Colombia</u>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <u>1305076839</u>	Lugar de residencia actual <u>Harb Chon R. P. Chon</u>		Dirección Domicilio <u>Chon</u>		N° Telefónico		
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular		

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <u>HSP</u>	Hist. Clínica No. <u>1305076839</u>	Establecimiento de Salud <u>CS San Pablo</u>	Tipo <u>H</u>	Distrito/Área <u>13 Dot.</u>	
Refiere o Deriva a: <u>HUSD</u>					
Entidad del sistema <u>HSP</u>	Establecimiento de Salud <u>HUSD</u>	Servicio <u>Unidad de Atención Primaria</u>	Especialidad <u>Medicina Familiar y Comunitaria</u>	Fecha <u>25</u> <u>09</u> <u>2024</u>	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria 1 ☒ Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Ausencia temporal del profesional 2 ☐ Otros /Especifique: 5 ☐
Falta de profesional 3 ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 61 años de edad, sexo mujer, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia y obesidad. Actualmente presenta síntomas de fatiga, pérdida de peso y disminución de la actividad física. Se refiere a la consulta por el diagnóstico de hipertensión arterial y se le indica el tratamiento correspondiente.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CIE-10	PRE	DEF
<u>I77.9</u>		<u>X</u>

5. Diagnóstico

1	<u>Hipertensión, no especificada</u>
2	

Nombre del profesional: Dr. Eulogio Rodríguez

Código MSP: 236

Firma: Dr. Eulogio Rodríguez

MEDICO CIRUJANO

Reg. MSP. L: 34 F: 79 N° 236

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio

Contrarefiere o Referencia inversa a:

Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	Fecha
				<u>25</u> <u>09</u> <u>2024</u>

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: