



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Distrital 13D07 Chone - Flavio Alfaro Salud

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
García		García		Doriz Elenora		16 03 1966		58	M
						día mes año		d-m-a	M/F
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			N° Telefónico	
Ecuatoriana	Ecuador	1305151530	Chone Boyaca		Buenos Aires Boyaca				
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	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área				
HSP		Centro de Salud Boyaca	A	13D07				
Refiere o Deriva a:						Fecha		
HSP	Hospital General Chone	Consulta Externa	Neumología	17	10	2024		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año		

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente con antecedentes de hipertensión arterial al momento acude a consulta por presentar intenso dolor en miembros inferiores que en ocasiones le imposibilita la movilización, además de intenso dolor en rodillas en lo que requiere valoración.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

1	Poliartrosis no especificada	CIE-10	PRE	DEF
2		H159		X

Nombre del profesional: Dra. Gabriela Baquerizo T.

Código MSP: CP. 1720252541 Firma

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:					Fecha	
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

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

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: