

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1410	HBAGA		B	1305827089		1305827089					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD				
VELEZ		ALMEIDA		CARMNE		F	1967-11-28	57	H	D	M	A	
0939698028-0994703173				REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN		☐				
				MOTIVO		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA											
13	BOLIVAR	CALCETA											
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD							
MSP				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA							
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO													
FEMENINO DE 57 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA AQUEJADA DE DOLOR A PREDOMINIO FLANCO DERECHO, SENSACION DE LLENURA, DOLOR INSIDIOSO DE LARGA DURACION													
ECO.DIVERTICULOSIS COLON DERECHO													
E. DIAGNÓSTICO													
PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF						CIE	PRE	DEF	
1.	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO	K5732	X		4.								
2.					5.								
3.					6.								
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE													
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO					
25/02/2025		11.00am		NELSON		BETANCOURT		RIVERO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO					
0960003283													
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN													
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	X	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS													
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS													
F. DIAGNÓSTICO													
PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		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					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO					