

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1305853275		1305853275	
SEGUNDO APELLIDO		FECHA NACIMIENTO		EDAD	SEXO				
MOREIRA		BAZURTO		ROSA	GERTRUDIS	F	1960-08-07	65	
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA						
13		2	50						
0978663564-0994527967					REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO	
					X				
					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				
					6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				
					X				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			
FEMENINO DE 65 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR AUMENTO DE VOLUMEN EN DORSO MANO IZQUIERDA			

E. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	GANGLION				M674		X			
2.										
3.										

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
02/03/2026	9.00a.m	NELSON	BETANCOURT
SEGUNDO APELLIDO		RIVERO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO	
0960003283			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/ DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	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	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		SELLO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		