

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		1245	CS 24 H JUNIN	C	1305882456		1305882456				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VELEZ	ZAMBRANO		JUANA	ALIDA	F	1964-06-24	61	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN					
0982262665 / SITIO PUNTA DE PIEDRA			MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.		☐			
2. Falta de espacio físico.			3. Falta de equipamiento.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.		☐			
4. Equipos en mal estado.			5. Problemas de infraestructura.		☐	8. Inadecuada capacidad resolutiva.		☐			
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					☐			☒			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
MANABÍ	JUNÍN	JUNÍN									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

[illegible]

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

[illegible]

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	8:37	RONALD	LOOR	QUIROZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312184177				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACION									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO	

CONTRAREFERENCIA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	FECHA (aaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

[illegible]

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			