

FECHA (año-mes-día)		PRIMER APELLIDO		PRIMER NOMBRE		FORMA		NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
SEGUNDO APELLIDO									

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

DIAGNÓSTICO		PRIM. PRESENTIVO		DEF. DEFINTIVO		CE		PNE		DEF	

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO		FECHA (año-mes-día)	
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA							

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

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN		SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI		NO	
DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE		FECHA (año-mes-día)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SELLO	

DIAGNÓSTICO		PRIM. PRESENTIVO		DEF. DEFINTIVO		CE		PNE		DEF	

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							

PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
Mandabí		Tajonar						0987 305152		1305993897		1305993897	
PRIMER APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
Vera		Ulrich		Anna		F		13/07/1956		56		X	
MOTIVO		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO		MOTIVO		MOTIVO		MOTIVO	
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 resolutoria		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios											