

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																												
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1248	CENTRO DE SALUD CHONE	C	130603465-1		---																												
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																											
QUIEROZ	PEÑARRIETA	ELIECER		SD	M	30/10/1962	63	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X																			
H	D	M	A																																
			X																																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN ☐																													
0990209426				MOTIVO																															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				<table><tr><td>☐</td><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>					☐	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 resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	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 resolutive	☒																																	
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																																	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																																	
MANABI	CHONE	CANUTO																																	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA GENERAL

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD CON CC DE APROX 5 MESES CON DOLOR EN REGION INGUINAL IZQUIERDA, EL CUAL EMPEORA EL LOS ULTIMOS DIAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECO: SACO HERNIARIO EN REGION INGUINAL IZQUIERDA

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA		K409	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/09/2024	10:00:00	ROBERT	PEÑARRIETA	ZAMBRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1313675108				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						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