

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1307855161		1307855161	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO	EDAD	H D M A	
PINARGOTE		MOREIRA		ANTONIA		MONSERRATE	F	29/11/1975	50
0981898919- 0984054071		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento.		7. Insuficiencia de profesionales.	
13	BOLIVAR	CALCETA				8. Inadecuada capacidad resolutoria.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD			
MSP		NAPOLEÓN DAVILA		CONSULTA EXTERNA		CIRUGÍA GENERAL			
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO									
PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDADE CON DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO DE LIGERA A MODERADA INTENSIDAD Y AUMENTO DE VOLUMEN AL REALIZAR ESFUERZO FÍSICO. EXAMEN FÍSICO. TUMORACIÓN DE 3 CM EN REGIÓN DE EPIGASTRIO, REDUCTIBLE, DOLOROSO									
E. DIAGNÓSTICO									
PRE = PRESUNTIVO		CIE	PRE	DEF	CIE		PRE	DEF	
HERNIA VENTRAL		K439		X					
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
02/12/2025	9.00a.m	JANETH		MASAPANTA		ZAPATA			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO					
1204015455									
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		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	
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					