

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1248

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CS CHONE

TIPOLOGÍA

C

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1308197563

NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO

ZAMBRANO

SEGUNDO APELLIDO

MOREIRA

PRIMER NOMBRE

PATRICIA

SEGUNDO NOMBRE

MARICELA

SEXO

F

FECHA NACIMIENTO

10/09/1975

EDAD

49

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

X

No TELÉFONO/CELULAR O CONVENCIONAL

0986418609

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA: MANABI
CANTÓN: CHONE
PARROQUIA: CHONE

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN

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. Ineficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutive.

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

GASTROENTEROLOGIA

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 49 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DIVERTICULOS, REFIERE DOLOR ABDOMINAL EN FLANCO IZQUIERDO, LOS CUALES HAN EMPEORADO EN LOS ULTIMOS DIAS

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

F. DIAGNOSTICO

PRE= PRE-SUMTIVO

DEF= DEFINITIVO

CE

PRE

DEF

CE

PRE

DEF

1

ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO, PARTE NO ESPECIFICADA, SIN PERFORACION NI ABSCESO

K579

X

4

2

3

4

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

FECHA

HORA

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

30/01/2025

11:00

ROBERT

PEÑARRIETA

ZAMBRANO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

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)

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRE= PRE-SUMTIVO

DEF= DEFINITIVO

CE

PRE

DEF

CE

PRE

DEF

1

4

2

5

3

6

4

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA

HORA

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA