

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		1410	HBAGA		B	1309393583		1309393583					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO				SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIONADO (MARCAR)				
LOOR		SOLORZANO		ADELA		BERNARDITA	F	4/7/76	49	H	D	M	A
													X
0997486435 - 0989776493				REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
				MOTIVO									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.						6. Problemas de abastecimiento.			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.						7. Insuficiencia de profesionales.		
13		BOLIVAR	CALCETA		3. Falta de equipamiento.						8. Inadecuada capacidad resolutiva.		
				4. Equipos en mal estado.								9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
				5. Problemas de infraestructura.									
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD							
MSP				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGÍA							
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO													
PACIENTE FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDA CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, OPARADA HACE 8 DÍAS CON EL DIAGNÓSTICO DE CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR SIN COLELITIS EN EL TRANSOPERATORIO SE ENCUENTRA HIGADO CON ÁREAS ASPECTO INFLAMATORIO, NODULAR ANÁLISIS DE LABORATORIO DENTRO DE PARÁMETRO NORMAL													
ECOGRAFÍA ABDOMINAL INFORMA HIGADO GRASO													
E. DIAGNÓSTICO													
PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF				
1.	FIBROSIS HEPÁTICA	K740		X									
2.													
3.													
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE													
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO					
24/09/2025		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		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		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF				
1.					4.								
2.					5.								
3.					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									