

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno <i>Sallo</i>		Apellido materno <i>Vargas</i>		Nombres <i>Diana Verónica</i>		Fecha de Nacimiento <i>27/11/1983</i>		Edad <i>40</i>	Sexo <i>H</i>
Nacionalidad <i>Ecuador</i>	País <i>Ecuador</i>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <i>1309438461</i>	Lugar de residencia actual <i>Manabí Chone</i>		Dirección Domicilio <i>Chone (Banguero)</i>		N° Telefónico <i>0983693740</i>		
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular		

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <i>HSP</i>	Hist. Clínica No. <i>1309438461</i>	Establecimiento de Salud <i>SCS San Pablo</i>	Tipo <i>H</i>	Distrito/Área <i>13007</i>		
Refiere o Deriva a:						
Entidad del sistema <i>HSP</i>	Establecimiento de Salud <i>HUSC</i>	Servicio <i>Unidad Externa Gastroenterología</i>	Especialidad <i>11</i>	Fecha <i>09/09/2024</i>		

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria ☒
Ausencia temporal del profesio ☐
Falta de profesional ☐

Saturación de capacidad instalada ☐
Otros /Especifique: ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Varón de 40 años de edad, sexo masculino, con antecedentes de Gastritis de Varios años, refiere epigastrio, náuseas, flatulencia, distensión abdominal, aljajo, que no mejoran con dieta, plus síntomas de Vértigo y fatiga de manera (Gastroenterología)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1	<i>Gastritis, no especificada</i>	<i>K297</i>		<i>8</i>
2				

Nombre del profesional: *Dr. Quijara Rodríguez* Código MSP: *256* Firma: *[Firma]*

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	Fecha día mes año	

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista: _____ Código MSP: _____ Firma: _____