

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno <i>Buesque</i>		Apellido materno <i>Bedaux</i>		Nombres <i>Edwin Francisco</i>		Fecha de Nacimiento <i>15 07 1980</i>		Edad <i>44</i>		Sexo <i>H</i>	
Nacionalidad <i>Costa Rica</i>	País <i>Costa Rica</i>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <i>1309724001</i>	Lugar de residencia actual <i>Manuel Antonio</i>		Dirección Domicilio <i>Chor</i>		N° Telefónico <i>0964026668</i>				
Ver instructivo	Descripción País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Comentarios/Celular				

II. REFERENCIA: ☒ DERIVACIÓN: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <i>MSP</i>	Hist. Clínica No. <i>1309724001</i>	Establecimiento de Salud <i>C3 San Antonio</i>	Tipo <i>A</i>	Distrito/Área <i>13 DoF</i>		
Refiere o Deriva a:						
<i>MSP</i>	<i>HNDG</i>	<i>Unidad Externa</i>	<i>Neurología</i>	<i>02</i>	<i>10</i>	<i>2024</i>
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

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

Saturación de capacidad instalada ☐
 Otros /Especifique: ☐

3. Resumen del cuadro clínico

*Paciente de 44 años de edad, sexo hombre, acude por presentar cuadro clínico de Unas
 después de extirpación de un tumor en la región lumbar que se presenta con
 dolor 13 que en momentos de la noche, por lo que puede referir por la noche o por el día*

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico			CIE-10	PRE	DEF
1	<i>Síndrome, no especificado</i>		<i>H419</i>	<i>0</i>	
2					

Nombre del profesional: *Dr. Luis López Rodríguez* Código MSP: *236* Firma: *Dr. Luis López Rodríguez*

III. CONTRAREFERENCIA: ☐ REFERENCIA INVERSA: ☐

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	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos					
4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados					

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados					
--	--	--	--	--	--

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico					
1			CIE-10	PRE	DEF
2					

5. Diagnóstico

1			CIE-10	PRE	DEF
2					

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

7. Referencia Justificada					
---------------------------	--	--	--	--	--

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