

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES		VERA		PAULA MARIBEL		09	10	1979	45	M
						dia	mes	año	d-m-a	H/M
Nacionalidad	Pais	Cedula de Ciudadania o Pasaporte	Lugar			Direccion Domiciliaria				N° Telefonico
Ecuatoriana	Ecuador	1310370604	13	1311	131150	AZUCENA				0993974957 - 0993561418
Ver instructivo	Describir Pais	Cedula diez digitos	Provincia	Canton	Parroquia					convencional/celular

II. REFERENCIA: 1[X] DERIVACION: 2[]

1. Datos Institucionales										
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		
MSP		1310370604		SAN SEBASTIAN		CS		13D08		
Refiere o Deriva a:								Fecha		
MSP		Hospital General Napoleón Dávila Córdova		Consulta Externa		Traumatología		10	01	2025
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Servicio		Especialidad		Dia	Mes	Año
2. Motivo de la Referencia o Derivacion:										
Limitada capacidad resolutive		1	☒	Saturacion de capacidad insta		4	☐			
Ausencia temporal del profesion		2	☐	Otros / Especifique:		5	☐			
Falta de profesional		3	☐	Null						
3. Resumen del cuadro clinico										
PACIENTE FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD, REFIERE TORPEZA DE LA MANO AL AGARRAR OBJETOS, ENTUMECIMIENTO U HORMIGUEO EN EL PULGAR Y EN LOS DOS O TRES DEDOS SIGUIENTES DE UNA MANO, DOLOR EN LA MANO Y LA MUÑECA EN UNA MANO Y EN OCASIONES DOLOR QUE SE EXTIENDE AL CODO.										
4. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos										
PENDIENTES A REALZIAR										
5. Diagnostico								CIE-10	PRE	DEF
1	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO							G560	X	
2										
Nombre del Profesional: Pablo Vergara								Codigo MSP: 1312051574		Firma: 

III. CONTRAREFERENCIA: 3[] REFERENCIA INVERSA: 4[]

1. Datos Institucionales													
Entidad del sistema		Hist. Clínica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Servicio		Especialidad del servicio			
Contrareferio o Referencia inversa a:								Fecha					
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		Dia		Mes		Año	
2. Resumen del cuadro clinico													
3. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos													
4. Tratamiento y procedimientos terapeuticos realizados													
5. Diagnosticos de la Contrareferencia o Referencia Inversa													
						CIE-10	PRE	DEF					
1													
2													
6. Tratamiento de recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad													
Nombre del profesional especialista: _____ Codigo MSP: _____ Firma: _____													
MSP/DNEAIS/form.053						7. Referencia Justificada							