

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	1310553621			1310553621					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD					
ZAMBRANO		ZAMBRANO		MARIA		F	1982-06-12	42	H	D	M	A		
0981144669-0981197356				REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
13	BOLIVAR	CALCETA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria.								
				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		TRAUMATOLOGIA								
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO														
FEMENINO DE 42 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR QUISTE EN DORSO DEL PIE IZQUIERDO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION														
E. DIAGNÓSTICO														
PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CE	PRE	DEF					CE	PRE	DEF			
1.	GANGLION	M674		X	4.									
2.					5.									
3.					6.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE														
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO								
07/11/2024	11.30 a.m	NELSON		BETANCOURT		RIVERO								
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO										
0960003283														
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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS														
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS														
F. DIAGNÓSTICO														
PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CE	PRE	DEF					CE	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										