

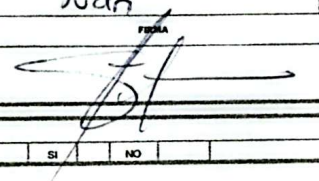
| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                            |                  |                            |               |               |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |      |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|---------------|---------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |                            | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   |               | TIPOLOGÍA     | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NÚMERO DE ARCHIVO       |      |
| MSP                                                         |                            | 1314             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES |               | II            | 1310949274                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |      |
| PRIMER APELLIDO                                             |                            | SEGUNDO APELLIDO |                            | PRIMER NOMBRE |               | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FECHA NACIMIENTO        | EDAD |
| Lopez                                                       |                            | Lopez            |                            | Harjun        |               | Yessenia                         | F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 31/10/74                | 45   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                            |                  |                            | REFERENCIA    |               | DERIVACIÓN                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |      |
| 0989209440                                                  |                            |                  |                            | X             |               |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | H D M A                 |      |
| PROVINCIA                                                   | LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL |                  | CANTÓN                     |               | PARROQUIA     |                                  | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |      |
| Manabí                                                      | Flavio Alfaro              |                  | Flavio Alfaro              |               | Flavio Alfaro |                                  | <input type="checkbox"/> 1. Accesibilidad geográfica.<br><input type="checkbox"/> 2. Falta de espacio físico.<br><input type="checkbox"/> 3. Falta de equipamiento.<br><input type="checkbox"/> 4. Equipos en mal estado.<br><input type="checkbox"/> 5. Problemas de infraestructura.<br><input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento.<br><input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutoria.<br><input type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |                         |      |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          |          |              |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO | ESPECIALIDAD |
| MSP                                                     |                          |          | Enfermería   |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Paciente femenino de 45 años de edad con antecedentes de colon irritable y hemorroides en control con gastroenterología del Hospital de Chone solicita referencia para seguimiento y control |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| Exámenes de laboratorio                                           |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                          | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE   | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.             | Hemorroides sin otra especialidad        |                 |                 | K64.9 |     |     |     |     |     |
| 2.             | Síndrome del Colon irritable sin diarrea |                 |                 | K59.9 |     |     |     |     |     |
| 3.             |                                          |                 |                 |       |     |     |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE                                                        |              |                                                                                    |                 |                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                                                                          | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                      | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 17/10/26                                                                                    | 11h30am      | Juan                                                                               | Cedeno          | Flores           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                       |              | FIRMA                                                                              |                 |                  |  |
| 0912634516                                                                                  |              |  |                 |                  |  |
| Dr. Juan Cedeno Flores<br>CLINICO EMERGENCIOLOGO<br>FOLIO: 2-144-1437<br>RGP: 524 N° 328.67 |              |                                                                                    |                 |                  |  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |                          |    |                          |  |
|---------------------------------------------|--|--------------------------|----|--------------------------|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA   |  |
|                                             |  |                          |    |                          |  |
| CONTRAREFERENCIA                            |  | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA       |  |
|                                             |  |                          |    | <input type="checkbox"/> |  |

| 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.             |  |                 |                 |     |     |     |     |     |     |
| 2.             |  |                 |                 |     |     |     |     |     |     |
| 3.             |  |                 |                 |     |     |     |     |     |     |

| 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            |  |
|                                       |              |               |                 |                  |  |

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA