

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1311655961		1311655961	
SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD		H D M A	
MENDOZA		ZAMBRANO		LEONARDO		JOSE		M 1984-06-05 41	
0994509841		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.	
PROVINCIA 13		CANTÓN 2		PARROQUIA 50		5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento.	
						7. Insuficiencia de profesionales.		8. Inadecuada capacidad resolutoria.	
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	NAPOLEÓN DAVILA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			
MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR TRASTORNOS DISPEPTICOS EN RELACION CON LITIASIS VESICULAR			
ECO. COLELITIASIS			

E. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
COLELITIASIS						K808		X

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
19/02/2026	9.00a.m	NELSON	BETANCOURT
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO
0960003283			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/ DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA

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

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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO